TABLE ALPHABÉTIQUE

(Partie paramédicale, tome CXXII)

Juillet 1941 à Décembre 1941

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ORDRE DES MÉDECINS ET LE CODE DE DÉONTOLOGIE

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qui a reçu de la loi du 7 octobre 1940 la mission de veiller à la morale, à l'honneur et aux intérêts de la profession médicale, tient du législateur le pouvoir de faire tous les règlements nécessaires pour atteindre ces buts.

Né d'une loi, l'Ordre des médecins constitue un véritable établissement public, non seulement en raison de son origine, qui ne permet pas de l'assimiler à un organisme d'initiative privée, mais surtout à raison des prérogatives qui lui ont été concédées par le législateur dans un but d'intérêt général : non seulement les Conseils départementaux constituent de véritables juridictions professionnelles et le Conseil supérieur une juridiction d'appel fonctionnant sous le contrôle du Conseil d'État, mais ce Conseil a reçu de l'État délégation de pouvoirs pour une part déterminée de la puissance publique, ce qui lui permet d'établir des règlements d'ordre général, applicables à l'ensemble de la profession.

Les décisions prises en vertu de ce pouvoir réglementaire sont exécutoires soit qu'elles visent des sanctions (refus d'inscription au tableau, suspensions, radiations), soit qu'elles aient pour objet le statut de la profession médicale, et le Code de déontologie peut servir de base non seulement aux diverses actions disciplinaires soumises aux Conseils départementaux, mais il s'impose aux tribunaux de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif.

Toute infraction au règlement édicté constitue donc à la fois une faute disciplinaire, un manquement aux devoirs du médecin et un fondement légal à l'action en responsabilité.

Le Code de déontologie ne se contente pas, en effet, de réunir les règles à suivre par les médecins habilités à exercer leur art, ni de déterminer des conseils de moralité professionnelle, il fixe un statut qui doit être observé par tous, et les médecins y sont soumis comme ils sont tenus de respecter les prescriptions légales.

Une commission présidée par le Dr Grenet avait pris la lourde charge d'élaborer ce code, qui témoigne d'un effort considérable et qui, sous réserve de quelques retouches que l'expérience rendra nécessaires, peut, dès à présent, être considéré comme une œuvre définitive fondée sur ce principe élevé que le médecin est au service des malades, qu'il doit sacrifier à ce devoir ses intérêts personnels et même sa vie, et sur cette idée que, l'intérêt général de la santé publique étant étroitement lié à l'observation stricte d'une discipline professionnelle, l'exercice de la médecine relève au premier chef de l'ordre public.

Le médecin a un rôle social qui est encore élargi par l'application de toutes les lois récentes ; il ne peut le remplir que dans l'indépendance et la dignité.

Les devoirs généraux du médecin. — On sait qu'en principe le médecin a le libre choix de sa clientèle, que nul ne peut l'obliger à exercer son art, ni lui imposer l'obligation de donner des soins à un malade, sa responsabilité civile ne risque d'être engagée que si, après avoir promis de visiter un malade, il omet de remplir son engagement ou si, après avoir commencé un traitement, il abandonne le malade sans motif légitime (Pau, 1er mai 1900, *Gaz. Pal.*, 1902-2-33 ; Trib. Seine, 19 décembre 1910, *D. P.*, 1911-5-9 ; Trib. Grasse, 27 mai 1935, *Gaz. Pal.*, 1935-2-341).

Le Code de déontologie apporte à cette règle une exception : en cas d'urgence, le médecin doit porter sans retard au malade en danger les secours utiles, car « l'urgence prime tout ». (Voy. BROUARDEL, *L'exercice de la médecine*, p. 175.)

Il en résulte, d'une part, que dans ce cas le médecin n'a pas à se préoccuper de l'existence d'un médecin traitant habituel, au moins pour les premiers soins, et que, d'autre part, le médecin qui ne suivrait pas cette prescription risquerait d'engager sa responsabilité civile et peut-être pénale.

Une autre exception au libre exercice de la médecine est également établie : en cas de danger social, en cas de guerre, en cas d'émeute, d'épidémie, le médecin n'est plus en droit de quitter son poste et d'aller se fixer où bon lui semble en abandonnant ses malades : il ne saurait le faire que s'il y était autorisé, à moins que la maladie ne justifie son départ (ADRIEN PEYTEL, *La responsabilité médicale*, p. 64).

***

D'autres prescriptions ont trait à l'indépendance et à la dignité du médecin : celui-ci ne peut plus solliciter un mandat politique soumis à l'élection sans avoir au préalable cessé d'exercer la médecine ; on ne verra donc plus de députés capturant, au lasso de leur écharpe, une clientèle timorée, ni de médecins ambitieux vidant les hôpitaux pour conduire aux urnes les paralytiques et parfois les morts. On a pensé que ces moyens de pression ou de racolage étaient indignes d'un praticien loyal digne d'exercer.

Un genre indirect de pression est également interdit : la publicité. Sans doute, les communiqués et les affiches n'auraient souvent d'autre résultat que de signaler à l'attention des lecteurs l'incorrection de certains guérisseurs et d'affirmer leur charlatanisme, mais le Code de déontologie interdit les articles de vulgarisation, les conférences, les interviews, les communications par T. S. F. ou disques, sauf autorisation spéciale du Conseil départemental.

Cette interdiction, faite en termes généraux et

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

absolus, paraît quelque peu excessive, surtout quand elle s'adresse à ceux qui n'exercent plus leur profession.

Il semble qu'il eût été plus opportun d'interdire de façon générale toute vulgarisation publique ayant un caractère publicitaire ou commercial en laissant aux juridictions professionnelles le soin de dégager l'intention du médecin auteur ou conférencier, pour n'atteindre que les seuls réclamistes.

On conçoit mal qu'un médecin éminent qui vient à faire une de ces découvertes qui provoquent une émotion universelle refuse de répondre à un journaliste impatient jusqu'à ce qu'il ait été autorisé à mettre le public au courant de ce qu'il a découvert.

Quant à ceux qui ne pratiquent plus et qui, de ce fait, ne sont plus inscrits au tableau, on se demande quelle sanction ils pourraient craindre pour avoir cédé à l'envie d'écrire ou de parler.

Ce qu'on veut éviter, c'est la réclame tapageuse ou la publicité dissimulée ; qu'on le dise, mais qu'on n'empêche pas les écrivains de répandre des idées justes et utiles sous le prétexte qu'ils sont inscrits au tableau de l'Ordre : la pensée française y perdra de son rayonnement, et l'Ordre n'aura rien à y gagner.

Quant à la nécessité de l'autorisation préalable, elle constituerait une gêne considérable sinon une impossibilité dans la plupart des cas.

Pour ma part, je regretterais les heureuses causeries du Dr de Pomiane et les chroniques du professeur Tiessinger, et je crois, sous réserve de l'intention de l'auteur, qu'il faudrait faire confiance au tact et à la réserve des médecins qui pourraient avoir la liberté de parler et d'écrire non pas après autorisation spéciale et préalable, mais sous le contrôle des Conseils départementaux.

Au surplus, le Conseil est mieux inspiré quand il réglemente les inscriptions sur les annuaires, l'utilisation des seuls titres officiels et la dimension des plaques apposées au domicile et à la clinique des praticiens.

Le Code interdit l'usurpation de titres, les promesses fallacieuses et les bénéfices excessifs dus à l'usage des thérapeutiques audacieuses appliquées dans un goût de lucre et sans discernement ; malheureusement, ces prescriptions ne sont pas inutiles, de regrettables exemples qui ne sont pas imputables aux seuls guérisseurs en démontrent la légitimité.

Il interdit tout versement clandestin d'argent, toute commission, toute ristourne en argent ou en nature ; le mot Dichotomie n'est pas prononcé à ce paragraphe, mais le fait est visé (art. 6).

On réprouve l'usage des cadeaux parfois onéreux adressés par des spécialistes, des cliniques, des stations de cures, les versements consentis par les médecins spécialisés dans les accidents du travail pour s'assurer une clientèle d'usine et, au besoin, pour étoffer la liste des soins donnés. Et aussi les partages d'honoraires entre médecins et chirurgiens, entre médecins et spécialistes, les premiers étant moins préoccupés de guérir que de rabattre la clientèle chez le correspondant le plus généreux, si bien qu'en définitive le malade était adjugé comme un meuble d'occasion au dernier et plus fort enchérisseur.

Pour en terminer avec les devoirs généraux des médecins, le Code rappelle que les certificats de complaisance sont punis par la loi, et qu'un médecin digne de ce nom ne doit ni directement ou indirectement aider les personnes non diplômées à commettre le délit d'exercice illégal de la médecine, qu'il ne peut accepter d'être un subordonné appointé mais obéissant aux ordres d'entrepreneurs de soins, qu'il ne doit pas couvrir de son diplôme par une association apparente les actes néfastes des charlatans.

En fin de chapitre, le Code crée une nouvelle procédure d'arbitrage : les conflits entre médecins doivent être soumis à une tentative de conciliation confiée au Président du Conseil départemental. Si celui-ci n'aplanit pas la difficulté, il renvoie les parties devant le Conseil supérieur.

Cette initiative paraît heureuse, mais elle ne semble pas, quant à présent, des plus égale ; en effet, si les médecins peuvent toujours librement choisir des arbitres et si le Conseil peut proposer à leur choix le Président du Conseil départemental, il paraît audacieux qu'en cas d'échec de conciliation le Président puisse automatiquement saisir du différend le Conseil supérieur sans l'accord des parties.

Rien dans la loi ne l'y autorise, aucun article ne prévoit l'arbitrage, il faudra donc exiger que le Président soit désigné nommément comme premier conciliateur dans l'acte de compromis et qu'il y soit spécifié qu'en définitive c'est le Conseil supérieur qui aura la mission de départager les parties : faute de quoi, en l'absence d'un texte, l'arbitrage paraîtrait peu régulier.

A la rigueur, cette procédure peut se justifier dans les conflits entre médecins ; elle n'est guère applicable dans les différends qui séparent médecins et malades.

Devoirs du médecin envers les malades. — Le principe fondamental de ce chapitre est le devoir de dévouement égal à l'égard de tous, le respect de la personne et de la vie humaine, en sorte que le médecin ne peut soulager les douleurs du patient si des risques doivent en résulter ; on condamne avec raison l'abus des barbituriques, on réprouve l'usage dangereux des stupéfiants.

C'est surtout la question des honoraires qui est traitée sous ce titre.

Le médecin ne doit pas paraître cupide, il traite cette question avec tact et mesure. A ses confrères et aux parents qui sont à leur charge, il ne peut rien réclamer; il peut accorder la gratuité

aux membres des professions connexes et à ses collaborateurs.

Restent à déterminer les honoraires : tandis que, pour l'avocat, ils sont l'expression spontanée de la reconnaissance du client, pour le médecin ils font l'objet d'un tarif minimum imposé par le Conseil départemental. Le médecin ne peut, par aucun moyen direct ou indirect, pratiquer un tarif réduit, mais, dans les limites du tarif, il doit proportionner les honoraires à la situation de fortune des clients, il ne peut non plus fixer un honoraire forfaitaire pour la durée ou l'efficacité d'un traitement.

A ce sujet encore, le Code fait du Conseil départemental l'arbitre normal en cas de contestations, et le Conseil doit en décider en tenant compte de la situation de fortune du malade, des titres et de la notoriété du médecin, ainsi que de l'importance des services rendus. La décision du Conseil départemental, peut faire l'objet d'un recours devant le Conseil supérieur.

Cette procédure d'arbitrage, non prévue à la loi du 7 octobre 1940, semble plus théorique que pratique. Elle est aisée au Palais, où l'arbitrage du bâtonnier fonctionne d'autant plus facilement que les avocats ne poursuivent pas leurs clients devant les tribunaux en paiement d'honoraires ; mais en matière médicale les tribunaux sont constamment saisis de ces demandes, et le médecin a intérêt à obtenir un titre exécutoire. Il en résulte que l'arbitrage du Conseil, à moins qu'il ne soit accepté par le client dans un compromis régulier, et par conséquent exécutoire, ne rend aucun service au médecin, et qu'il paraît audacieux de lui en faire une obligation.

Tout au plus peut-on penser qu'il serait souhaitable que les juges prissent l'habitude de renvoyer ces affaires à l'avis du Conseil départemental avant de statuer, mais il semble qu'imposer au médecin de saisir le Conseil départemental avant tout tribunal aurait pour effet de trahir les intérêts légitimes du médecin, qui doivent être protégés à l'encontre des mauvais payeurs.

C'est à propos des questions d'honoraires que le Code évoque la dichotomie ; à la vérité, on aurait pu s'en tenir à ce qui avait été dit à l'article 6, qui interdit tout versement clandestin d'argent ; mais les rédacteurs du règlement ont voulu donner des précisions qui affaiblissent peut-être la portée de l'interdiction.

Sans doute, l'article 23 affirme que « tout partage caché est déshonorant en soi et immoral », et il l'interdit entre médecins et chirurgiens, médecins traitants et consultants, médecins et spécialistes ; mais une tolérance, qui paraît au moins inutile, est cependant concédée pour les cas où le recouvrement de la créance est difficile.

A l'exception de la règle générale qui exige que chacun présente sa note, on tolère qu'une note commune soit remise à la condition qu'elle ne porte que sur une période de vingt jours à partir de l'opération, que le caractère global en soit spécifié avec indication de la part de chacun, qu'elle mentionne que les honoraires seront versés à chacun par le malade ou ses proches.

Un texte tranchant comme un couperet aurait peut-être mieux valu pour couper court à une pratique immorale et dégradante.

Les devoirs des médecins entre eux. — Les médecins ne peuvent se faire remplacer librement : si le remplacement doit durer plus de vingt jours, le Conseil départemental doit en être informé ; il en est de même quand le médecin se retire et quitte définitivement son cabinet. Dans l'un et l'autre cas, le remplaçant doit être agréé par le Conseil.

Combien il eût été heureux, à ce propos, de voir proclamer l'incessibilité des cabinets médicaux, qui ne sont pas des fonds de commerce, comme la jurisprudence l'a toujours reconnu (Paris, 15 mai 1922, *Gaz. Pal.*, 1922-2-73, 2 déc. 1925, *Gaz. Trib.*, 1930-2-580).

Au contraire, et certainement dans un but louable d'équité, le Conseil de l'Ordre a repris la clause de non-concurrence que la plupart des médecins spécifiaient en cédant leurs cabinets. On sait que cette cession est illégale, elle est frappée de nullité absolue, car on ne peut vendre la confiance des malades, laquelle ne se trouve pas dans le commerce, mais on déguise cette vente de clientèle sous l'aspect de vente de meubles, d'installation et même de fiches médicales, bien que celles-ci soient secrètes par leur nature. Et les contrats de ce genre faits en marge de la loi contiennent des clauses de présentation à la clientèle, d'interdiction de réinstallation.

Souvent nous avons protesté contre cette « commercialisation » de l'art médical ; pourtant, le Code de déontologie refuse au médecin définitivement remplacé d'exercer dans un rayon de vingt kilomètres ; par là, le Conseil supérieur porte la sanction de son autorité à une clause qui relève avant tout des usages commerciaux comme si le remplaçant, qui, en fait, est souvent un cessionnaire à titre onéreux, avait pu acquérir un droit d'exploitation sur les malades et un droit de priorité sur leur confiance.

Réciproquement, d'ailleurs, le remplaçant temporaire ne peut s'installer à moins de vingt kilomètres du remplacé. Il eût été peut-être équitable de fixer un délai pour cette interdiction et de déterminer le nombre d'années pendant lesquelles elle serait appliquée.

Quant à la fixation unique de l'éloignement nécessaire, elle ne semble pas très judicieuse, car, si en Beauce, ou en Bretagne, la concurrence peut s'exercer assez loin, il est certain, au contraire, qu'à Paris, Lyon ou Marseille il est excessif d'empêcher l'installation du remplaçant ou du cédant dans la même ville pour ce motif que la Bastille n'est pas à vingt kilomètres de l'Étoile.

(A suivre.) ADRIEN PEYTEL.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS (*Suite*)

EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE L'ART DENTAIRE

Loi du 26 mai 1941 modifiant les lois du 30 novembre 1932 et 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art deutaire.

ARTICLE PREMIER. — L'article premier de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, complété par la loi du 27 juillet 1937, est modifié ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France :

» 1° S'il n'est muni du diplôme d'État français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires fixées par les lois des 30 novembre 1892, 13 juillet 1921, 10 août 1924, 13 décembre 1924, 18 août 1927 ;

» 2° S'il ne remplit les conditions requises, au point de vue de la nationalité, par la loi du 16 août 1940 ;

» 3° S'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre des médecins institué par la loi du 7 octobre 1940.

» Pourront également exercer la médecine sur le territoire français... »

(Le reste sans changement.)

ART. 2. — L'article 3 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est ainsi complété :

« Dans tous les cas, elles doivent remplir les conditions de nationalité fixées par la loi du 16 août 1940 pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, sauf les dérogations prévues par ladite loi. »

ART. 3. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 (modifié par la loi du 6 mai 1922) est modifié ainsi qu'il suit :

« Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de 16 inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

» Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

ART. 4. — Les articles 9 (modifié par la loi du 14 avril 1910) et 14 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 9. — Les personnes qui veulent pratiquer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sont tenues, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leurs titres à la préfecture et au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement. Elles doivent ensuite les faire viser à la mairie de leur domicile et, s'il y a lieu, de chacune de leurs résidences professionnelles ; cette formalité doit être renouvelée à chaque changement de domicile ou de résidence.

» Pour les diplômes de docteur en médecine, l'enregistrement doit être précédé de l'inscription au tableau de l'ordre des médecins dans les conditions prévues au titre II de la loi du 7 octobre 1940.

» Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être signalé par l'intéressé au Conseil départemental de l'ordre ainsi qu'à la mairie du dernier établissement. Celle-ci en avise le préfet et l'autorité judiciaire.

» Un nouvel enregistrement du titre devient nécessaire lorsque le titulaire transfère son domicile dans un autre département. Il en est de même pour toute personne qui, n'exerçant plus depuis deux ans, désire reprendre l'exercice de sa profession.

» *Art.* 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être assurées que par des docteurs en médecine remplissant les conditions prévues à l'article premier de la loi du 26 juillet 1935, modifié par les textes subséquents.

» La liste de ces praticiens, établie par la Cour d'appel au début de chaque année judiciaire, ne doit être arrêtée qu'après consultation des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins existant dans le ressort de la cour. »

ART. 5. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un article 14 *bis*, ainsi rédigé :

« Il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sous un pseudonyme.

» Les médecins, dentistes et sages-femmes ayant le droit d'exercer en France ne peuvent donner de consultations gratuites dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux où sont vendus les médicaments et les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

» Les infractions aux dispositions du présent article sont punies des peines prévues à l'article 18 (alinéas 1er et 5) ci-après. »

ART. 6. — Les articles 16 (modifié par la loi du 16 mars 1934), 17, 18 et 19 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 16. — Exerce illégalement la médecine :

» 1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin, de dentiste et de sage-femme, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, à la pratique de l'art dentaire ou à celle des accouchements ; sauf les cas d'urgence avérés ;

» 2° Toute personne qui, sans être munie du diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique ;

» 3° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

» 4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier... »

(Le reste sans changement.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

« *Art.* 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

» En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les Conseils de l'Ordre, lorsqu'il s'agit de médecins, et les associations professionnelles de dentistes et de sages-femmes régulièrement constituées pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentés par le ministère public.

» *Art.* 18. — Les délits visés à l'article 16 de la présente loi sont punis, en ce qui concerne l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, d'une amende de 2.000 à 5 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 5 000 à 10 000 francs et d'un emprisonnement de trois mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

» En cas d'infraction commise dans les conditions définies au paragraphe 1er de l'article 16 ci-dessus, le tribunal ordonne que le jugement de condamnation soit publié intégralement ou par extraits dans trois journaux qu'il désignera; et affiché, pendant une durée qu'il déterminera et qui ne pourra excéder un mois, à la porte du domicile du délinquant, le tout aux frais de ce dernier.

» En cas de suppression, de dissimulation ou de lacération totale ou partielle des affiches ordonnées par le jugement de condamnation, il sera procédé de nouveau à l'insertion intégrale des dispositions du jugement relatives à l'affichage.

» Lorsque la suppression, la dissimulation ou la lacération totale ou partielle aura été opérée volontairement par le condamné, à son instigation ou par son ordre, elle entraînera contre celui-ci l'application d'une amende de 1 000 à 3 000 francs et d'un emprisonnement de un à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

» L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 1 000 à 2 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2 000 à 5 000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

» *Art.* 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire avec usurpation du titre de docteur, d'officier de santé ou de dentiste, est puni d'une amende de 3 000 à 6 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 6 000 à 12 000 fr. et d'un emprisonnement de six mois à deux

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

ans, ou de l'une de ces deux peines seulement.

» L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 500 à 1 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 1 000 à 2 000 fr. et d'un emprisonnement d'un mois à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. »

ART. 7. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un article 21 *bis*, ainsi rédigé :

« Tout médecin qui aura fait une fausse déclaration en vue de son inscription au tableau de l'Ordre sera puni d'une amende de 1 000 à 3 000 fr. et d'un emprisonnement de un à trois mois, ou de l'une de ces peines seulement. »

ART. 8. — Les articles 22, 25 (modifié par le décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française), 26 et 32 (3e alinéa) de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 500 francs.

» *Art.* 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme condamné à l'une des peines prévues à l'article 19 de la présente loi.

» Elles peuvent également être prononcées contre eux en cas de condamnation :

» 1° . . . .

(Le reste sans changement.)

» *Art.* 26. — Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées soit à l'article précédent, soit à l'article 13 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins tombent sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi lorsqu'elles continuent à exercer leur profession.

» *Art.* 32. — Troisième alinéa. — Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du précédent alinéa seront passibles des peines portées au premier alinéa de l'article 19 de la présente loi. »

ART. 9. — Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires aux dispositions de la présente loi, notamment celles qui sont contenues dans les lois des 14 avril 1910, 16 mars 1934, 26 juillet 1935 et dans le décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.

ART. 10. — Le présent acte sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'État

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1941.

Les déterminations cliniques et expérimentales de la toxine neurotrope colibacillaire sur la moelle épinière. — M. H. Vincent, après avoir rappelé ses travaux cliniques et expérimentaux tendant à prouver l'existence d'une toxine neurotrope colibacillaire, rapporte les résultats du traitement par le sérum anticoli bacillaire de la paralysie provoquée chez le lapin par inoculation de toxine. Sur 4 animaux inoculés, les 3 premiers ont guéri intégralement en quatre à six jours ; le 4e, qui était sur le point de succomber, a survécu et a recouvré une partie de sa motricité, est devenu capable de se déplacer et de marcher, quoique la marche soit restée un peu difficile.

L'auteur rapproche la paralysie colibacillaire de la paralysie diphtérique. Mais elle a un pronostic plus grave et, d'autre part, elle est beaucoup plus accessible à l'action de l'antitoxine spécifique. Le complexe d'adsorption qui unit la neurotoxine colibacillaire au protoplasma des cellules nerveuses est stable, mais susceptible d'être dissocié.

Il y a lieu d'insister sur la durée prolongée d'incubation de la poliomyélite : (quatre ans chez son malade), deux ans à dix ans, d'après Charcot, chez les « urinaires ». L'origine réelle de ces paralysies peut, dès lors, être méconnue.

D'autre part, en raison de son action rapide chez les animaux, on peut présumer que le même traitement précoce et intensif est peut-être susceptible d'amener, chez l'homme, l'amélioration ou l'arrêt de cette maladie dont le pronostic est mortel.

En présence d'un cas de paraplégie inexpliquée, il y a lieu de rechercher avec soin une telle étiologie.

La goutte et l'uricémie des ictères hémolytiques familiaux. — MM. Noel Fiessinger et Maurice Roux signalent, au cours des ictères hémolytiques familiaux, la possibilité d'apparition de deux ordres de phénomènes : des attaques de goutte articulaire franche qu'ils ont observées dans deux cas, et une uricémie (105 à 134 milligrammes pour mille) qu'ils ont retrouvée chez six ictères hémolytiques splénomégaliques d'une même famille, tandis qu'un membre indemne de cette famille avait une uricémie de 66 milligrammes. Ces sujets présentent le plus souvent une uricémie normale, contrairement aux faits observés par Eppinger. La splénectomie, dans un cas, malgré qu'elle ait mis fin à l'ictère, à la réticulocytose et aux troubles du développement, n'a pas empêché, six ans plus tard, l'uricémie de se maintenir à 100 milligrammes par litre.

Pour expliquer, d'une part, cette goutte sans raison alimentaire, véritable « goutte pauvre », et, d'autre part, cette hyper-uricémie persistante et le plus souvent silencieuse, les auteurs, après avoir montré que l'on peut observer les mêmes manifestations dans les leucémies et dans certains processus hémolytiques, concluent que l'hyper-uricémie traduit, plutôt que le processus d'hémolyse splénique, l'état d'instabilité médullaire, dont la microsphérocytose et la diminution de résistance globulaire constituent les stigmates sanguins d'origine qui persistent même après la splénectomie. La goutte et l'hyperuricémie des ictères hémolytiques familiaux apparaissent ainsi comme la conséquence d'un trouble du métabolisme endogène d'origine sanguine.

Les douleurs des lépreux. — M. Lecercle (de Damas) a eu l'occasion, au cours du traitement de lépreux, d'essayer les infiltrations anesthésiques du sympathique suivant la méthode de Leriche. Les résultats encourageants qu'il a obtenus dans le traitement des douleurs de ces lépreux méritaient d'être signalés.

Essai de traitement du choc engendré par le complexe chaulmogra-cholestérol par administration préalable d'acide ascorbique. — (Présentation faite par M. Champy). — MM. Ratsimamanga et Janicaud.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1941.

Le coma hypoglycémique des addisoniens. — MM. Etienne Chabrol, Raoul Labbé, Guy Ferrand et Mlle Berton rapportent l'histoire d'une addisonienne qu'ils ont pu faire sortir pendant plusieurs heures d'un coma profond en lui injectant par voie veineuse du sérum glucosé hypertonique ; le taux du sucre sanguin put ainsi remonter de 0gr,30 à 0gr,70 p. 100. Cette résurrection ne fut que temporaire ; la malade retomba ensuite dans le coma malgré l'emploi de la cortine synthétique. A l'autopsie, les recherches les plus minutieuses ne permirent de découvrir qu'une glandule surrénale dont la régression était en accord avec l'atrophie scléreuse de la glande thyroïde, des ovaires et de l'hypophyse ; par contre, dans le pancréas, les îlots de Langerhans figuraient en assez grand nombre, relativement bien conservés. Les auteurs estiment qu'il existait chez leur malade un déséquilibre dans le système régulateur des hydrates de carbone, qui met en opposition le rôle hypoglycémiant de l'insuline pancréatique et le rôle hyperglycémiant de l'adrénaline, de l'hypophyse et de la thyroïde. Ils s'autorisent de leur observation pour conclure que la triade sucre, adrénaline, extrait hypophysaire doit avoir sa place dans la thérapeutique addisonienne, que nos contemporains condensent trop volontiers en cette autre triade : cortico-surrénale, chlorure de sodium et cystéine.

Adénome de la bronche souche chez une tuberculeuse. Obstruction bronchique aiguë mortelle. —

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

MM. Jean Troisier, Georges Brouet, Jacques Delarue, Olivier Monod et Jean Lacorne rapportent l'observation d'une malade âgée de vingt-huit ans qui, du mois d'octobre 1939 au mois de janvier 1941, présenta six épisodes pleuro-pulmonaires de la base gauche, fébriles, mal déterminés. Au mois d'octobre 1940, ils constatent l'évolution d'une tuberculose très discrète de l'apex gauche confirmée par la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Brusquement survient un syndrome clinique et radiologique de condensation rétractile de l'hémithorax gauche. La fièvre apparaît cinq jours plus tard, et la malade meurt au quinzième jour, au milieu des symptômes d'une toxi-infection suraiguë. L'autopsie montre l'existence d'une gangrène pleuro-pulmonaire diffuse, un poumon considérablement rétracté contre le médiastin, quelques petits foyers caséeux de l'apex avec une cavernule, et à la bifurcation de la bronche souche un adénome de la taille d'une cerise qui oblitère le conduit aérien.

Les auteurs éliminèrent le rôle de la tuberculose au cours de cet épisode mortel. Il s'agissait d'une obstruction bronchique par une formation tumorale compliquée de gangrène avec perforation pleuro-pulmonaire.

Du point de vue diagnostique, les auteurs soulignent la visibilité de l'image tumorale dans la lumière de la bronche souche sur une tomographie intéressant le plan trachéo-bronchique.

L'étude histologique enfin montra qu'il s'agissait d'un adénome.

Les auteurs insistent sur le danger de ces tumeurs histologiquement bénignes. Il commande une exploration bronchographique et endoscopique dont l'intérêt, loin d'être purement spéculatif, permet de mettre en cause des thérapeutiques locales efficaces.

Neurinome intrathoracique solitaire. Cure chirurgicale. — MM. Jean Troisier, Georges Brouet Olivier-Monod et Jean Lacorne rapportent l'observation d'un neurinome intrathoracique découvert à l'occasion d'un examen systématique. Après trois années d'observation, l'augmentation de volume incontestable de la tumeur; l'apparition de discrètes douleurs les déterminent à conseiller l'exérèse chirurgicale. L'intervention s'avère délicate, mais simple, et comporte des suites excellentes.

Ils soulignent les caractères radiologiques maintenant classiques sur lesquels se fonde le diagnostic de ces tumeurs, et soulèvent les problèmes posés par ces neurinomes solitaires dans le cadre de la gliofibromatose de Recklinghausen. Ils concluent à l'intérêt d'extirper chirurgicalement ces tumeurs à un stade précoce avant que l'intervention ne soit devenue plus délicate si l'apparition de complications arrivent à s'imposer.

M. Rist a observé une image tout à fait comparable chez un enfant asthmatique ; l'éosinophilie accentuée de ce fait fit faire à tort le diagnostic de kyste hydatique et opérer le malade, d'ailleurs avec succès, Il s'agissait d'un ganglioneurome.

M. Ameuille cite un cas moins heureux dans lequel l'extirpation fut impossible et le malade mourut paraplégique.

M. Troisier rappelle l'existence de tumeurs en sablier, endothoraciques et intrarachidiennes.

Forme osseuse pure de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. — MM. Th. Alajouanine, P. Milliez et J.-P. Martin présentent une malade de vingt ans qui, depuis cinq ans, a eu une série de déformations portant sur trois doigts de chaque main ainsi que sur deux orteils, déformations rappelant grossièrement un spina ventosa. Plus récemment est apparue une déformation de la racine du nez. Les radios révèlent des altérations osseuses avec formations kystiques typiques de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. L'examen n'a permis de déceler aucune lésion cutanée, pulmonaire ou viscérale. Il s'agit donc d'une forme osseuse pure de cette affection qui semble ainsi pouvoir rester limitée pendant de nombreuses années au tissu osseux.

À propos de deux cas de pellagre. — M. Justin-Besançon présente deux cas de pellagre, une forme cutanée typique et une forme psychique ayant abouti au coma. Il en rappelle les symptômes et souligne l'importance des lésions muqueuses : aphtes multiples fissurés, muqueuse rouge vif sur toute la partie explorable directement ou instrumentalement du tube digestif, et de la porphyrinurie massive. L'amide nicotinique à la dose de 1 gramme par jour permet une guérison en quelques jours. Il souligne la fréquence actuelle des formes monosymptomatiques et montre le rôle du déséquilibre alimentaire, le soleil ayant un rôle déclenchant.

M. Lenoir demande si le lait écrémé contient de l'amide nicotinique.

M. Justin-Besançon estime qu'il en contient autant que le lait ordinaire.

M. Flandin n'a pas observé de pellagre à Saint-Louis cette année.

M. Jausion a vu récemment une pellagre avec gangrène symétrique des extrémités. Il a observé plusieurs cas de troubles vasculaires des extrémités et pose la question de l'ergotisme et de l'instillaginisme.

M. Degos a vu ce matin, à Saint-Louis, deux pellagres authentiques.

M. Justin-Besançon a observé des cas d'instillaginisme qui se présente comme l'orgotisme. Il s'agit de quelque chose de très différent.

Hypertrophie musculaire avec réaction myotonique chez une hypothyroïdienne latérale. — MM. Mollaret et Beau présentent à nouveau cette malade chez qui l'interruption du traitement thyroïdien provoqua une récidive rapidement jugulée par la reprise du traitement.

M. Laubry a observé la même action thérapeutique dans le cœur thyroïdien.

M. Lenègre a observé, au cours d'une insuffisance thyroïdienne post-radiothérapique, une rigidité dif-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

fuse avec saillie des reliefs musculaires qui a disparu après huit jours de traitement thyroïdien.

Pemphigus subaigu malin. — MM. P. Nicaud et Le Loch rapportent l'observation d'une éruption bulleuse survenue chez un homme de trente-sept ans, après une période de plusieurs semaines caractérisée par une atteinte profonde de l'état général, avec anémie, pâleur, troubles digestifs et asthénie progressive.

Le pemphigus terminal est apparu vers la septième semaine et a évolué vers la mort en une dizaine de jours. L'éruption bulleuse, à poussées successives et à bulles extensives, rappelait le syndrome décrit par Brocq sous le nom de pemphigus subaigu malin. La maladie a évolué sans température, avec une anémie marquée de 1 400 000 à 1 200 000 globules rouges et une leucocytose polynucléaire de 14 000 à 17 000. Toutes les hémocultures sont restées négatives. Il existait une albuminurie de 2 grammes par litre et une azotémie de $2^{gr},40$.

Les biopsies des lésions, faites à tous les stades de l'éruption, ont montré que les bulles se forment par dissociation des cellules du corps muqueux, le liquide infiltrant les couches cellulaires en même temps que les éléments cellulaires eux-mêmes se modifient, deviennent libres et flottent dans le liquide. On peut en reconnaître la qualité épidermique.

Les lésions organiques découvertes étaient banales.

M. Cathala souligne le rôle professionnel du travail dans les abattoirs dans la genèse du pemphigus.

Hyperfolliculinisme guéri par le propionate de testostérone. — M. Brodin.

Oxycarbonémie endogène au cours d'une malformation cardiaque congénitale avec cyanose et polyglobulie. — MM. André Lemaire, E. Gilbrin et M. de Sablet ont décelé, au cours d'une malformation cardiaque congénitale avec cyanose et polyglobulie, le taux de 5 p. 100 d'oxyde de carbone dans le sang. C'est le chiffre le plus élevé qui ait été signalé au cours de l'oxycarbonémie endogène. L'absence d'hématies nucléées plaide en faveur de la conception de M. Loeper, pour qui la polyglobulie a la signification d'une réaction de défense.

Jean Lereboullet.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1941.

Rupture spontanée du tendon long extenseur du pouce au cours d'une arthrite blennorragique : greffe de fascia lata. Guérison. — M. Petit-Dutaillis (sur un travail de MM. Læderich, Mialaret Verstraote et Mme Debain). — M. Petit-Dutaillis signale la rareté de ces observations de ruptures spontanées et rapporte le cas d'une femme de trente-six ans ayant eu une polyarthrite avec lésion principale au poignet gauche et collection suppurée de la tabatière anatomique. Le sérum antigono n'a eu aucune action, alors que le dagénan a eu un effet remarquable sur la fièvre et les phénomènes locaux. Mais elle avait fait au cours de l'évolution une rupture spontanée du tendon extenseur du pouce. Une fois les phénomènes aigus calmés (cinq semaines après), Mialaret lui fait une greffe tendineuse avec du fascia lata ; il a du mal à avoir le bout proximal antibrachial où il ne trouve que 1 centimètre de tendon. Quelques jours après se fait une rupture nouvelle du niveau du bout distal. Une suture en lacet est effectuée (au lieu d'une suture en manchon). Le résultat ultérieur fut bon.

L'examen histologique avait montré une nécrose tendineuse. Après avoir signalé quelques observations de rupture spontanée de tendon il rapporte l'intérêt :

Du dagénan au point de vue infectieux ;

De la greffe, qui ne doit pas être trop précoce ;

De la suture en lacet plutôt que de la suture en manchon.

A propos des fistules sigmoïdo-vésicales d'origine néoplasique. — MM. Gouverneur et P.-A. Goulker. — M. Gouverneur rapporte trois observations de malades opérés et guéris. Il a fait successivement : une ouverture première de la vessie faisant collerette autour de la tumeur, puis une suture en deux plans de la vessie ; un anus iliaque ; une cure ultérieure de la tumeur.

Il insiste sur deux examens : la cystoscopie et la radiographie de l'intestin par lavement baryté, mais seule la laparotomie permet de juger de l'opérabilité, dont les limites doivent s'étendre même aux cas difficiles.

Au sujet de plusieurs cas de fractures de guerre au niveau de l'articulation coxo-fémorale. — MM. Sauvé et Valentin Charry. — M. Sauvé rapporte des observations de larges fractures ouvertes de la région coxo-fémorale qui ont nécessité l'exérèse de la tête qui faisait corps mort, entretenait une suppuration et agravait l'état du sujet. Il faut opérer tôt, dit le rapporteur, et dans les formes graves accompagner l'acte chirurgical de transfusion et d'injection de sérum humain sulfamidé. Il fit un rappel anatomique de la circulation au niveau du col et de la tête fémorale, disant que si, dans les fractures fermées l'artère du ligament rond pourrait suffire à alimenter la tête, elle ne le pouvait plus en cas d'infection, et la tête se nécrosait. M. Sauvé a parlé ensuite de la voie d'abord, signalant la voie postérieure comme voie facile, des soins post-opératoires : extension par broche et, ultérieurement, nécessité fréquente de contre-incision,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. Gérard Marchand a parlé ensuite de blessures de l'articulation coxo-fémorale avec de mauvais résultats de résection qui ont conduit l'opérateur à se contenter : d'esquillectomie ; ou de traitement par extension continue.

Sur un travail de M. Philippe Graffin intitulé : un cas atypique d'appendicite aiguë du nourrisson. — M. Fèvre rapporte une observation où la clinique était celle d'une imagination et où l'intervention montra une appendicite gangrenée.

Il est appelé à parler de l'appendicite dans le jeune âge disant que si, avant deux ans, on en voyait peu de cas, c'est que l'enfant ne savait pas montrer le lieu de sa douleur. Il discute ensuite les rapports entre l'appendicite et l'imagination. Il ne croit pas, comme certains auteurs américains, que l'appendicite soit à l'origine de l'imagination, car, une fois réduite, on n'observe plus de signes péritonéaux. Il croit plutôt que l'appendice est mécaniquement irrité par l'imagination et peut par ce fait être prédisposé à l'infection. C'est ce qu'il croit être arrivé dans l'observation de M. Graffin, où l'imagination avait dû exister et avoir été réduite par le lavement baryté.

Discussion : MM. Pouliquen, Rouhier, Mondore, Cunéo.

Réflexions nosologiques et thérapeutiques sur certaines tumeurs « mixtes » tirées de leurs sièges inaccoutumés. — MM. Welti et R. Huguenin. — M. Welti fait un intéressant exposé d'observations personnelles de tumeurs mixtes dont les sièges étaient variables et inhabituels. La malignité de la tumeur était amoindrie par la réaction fibreuse qui constituait une coque à la tumeur. C'est, pour M. Welti, cette coque, en emprisonnant la tumeur, qui pourrait lui donner cet aspect de tumeur mixte.

Au point de vue thérapeutique, il suffit de faire une ablation extracapsulaire de cette tumeur pour guérir le malade.

A propos de ce rapport prennent la parole :

M. Veau, qui renie l'opinion qu'il avait formulée autrefois, à savoir l'origine branchiale des tumeurs mixtes ;

M. Cunéo, qui préconise aussi une ablation extracapsulaire ;

M. Moulonguet, qui trouve qu'on ne peut savoir l'origine de ces tumeurs et que l'origine branchiale ne doit pas être absolument écartée.

Morsure d'homme à homme. — M. Bramé. Présentation de malade.

P. Fronville.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Alexandre Croisier (de Blois). — Le Dr Duhamel (d'Agen).

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Texier font part de la naissance de leur fils Jean-Paul. — Le Dr et Mme Liot font part de la naissance de leur fils Jean. — Le Dr et Mme F.-P. Leclerc font part de la naissance de leur troisième fils, Pierre-Édouard. — Le Dr et Mme Gandouet font part de la naissance de leur fils François.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Midrouillet, médecin inspecteur adjoint de la Santé, est mise en disponibilité pour une période de cinq ans sur sa demande.

Sont nommés inspecteurs adjoints de la Santé :

M. le Dr Jacques Michel (Hautes-Alpes) ; M. le Dr Parmentier (Nord) ; M. le Dr Culsset (Nord).

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Cadenat, agrégé, est chargé du service de la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine (M. Grégoire, retraité). — M. Fey, agrégé, est chargé de la suppléance de la chaire de clinique urologique de l'hôpital Cochin.

Sont chargés provisoirement d'enseignement : chaire de clinique médicale infantile de l'hôpital des Enfants-Malades : M. Lelong, agrégé ; chaire de clinique obstétricale de l'hôpital Saint-Antoine : M. Lacomme, agrégé.

Concours des bourses de doctorat. — Par arrêté du 16 juin 1941, M. le Secrétaire d'État à l'Éducation nationale fait connaître que les étudiants à 20 inscriptions appartenant au régime de 1934 (24 inscriptions) sont autorisés à se présenter au concours des bourses de doctorat, qui aura lieu le 24 juillet prochain, dans les mêmes conditions et avec les mêmes formalités que les étudiants à 4, 8, 12 et 16 inscriptions.

Programme. — Une composition de thérapeutique une composition d'hygiène ; une composition de médecine légale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. R. Mandoul est nommé agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; il est chargé de la direction des travaux pratiques de parasitologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Huriez, agrégé, est chargé provisoirement, à dater du 1er mai 1941, du service de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. le professeur Téchoueyres est nommé directeur honoraire.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat.* — Le prochain concours de l'externat aura lieu dans le courant du mois de décembre.

SANATORIA. — M. le Dr Arribaute est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin-directeur du sanatorium de Lac-Ouvillers (Doubs).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Leclerc est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre.

M. le Dr Ferdièrcs est affecté, en qualité de médecin-directeur, à l'hôpital psychiatrique de Rodez. — M. le Dr Stoerr est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan. — M. le Dr Buisson est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (intérêt de service). — M. le Dr Borel est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire. — M. le Dr Couderc est affecté, sur sa demande, en qualité de médecin chef de service, à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux. — M. le Dr Quéron est nommé, à titre provisoire, médecin chef de service, à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux.

NOUVELLES *(Suite)*

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Avis de concours. — Un concours sera ouvert le 26 août 1941, à 8 heures, pour l'emploi d'élève de l'École du service de santé.

Les candidats devront faire parvenir directement au ministre secrétaire d'État à la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel), à Royat (Puy-de-Dôme), une demande d'inscription établie sur papier timbré (du 6 au 30 juillet). S'ils sont présents sous les drapeaux ou dans les chantiers de jeunesse, leur demande devra être adressée par la voie hiérarchique.

Peuvent prendre part à ce concours :

Section médecine (troupes métropolitaines) :

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ;

2° Les étudiants en médecine pourvus de quatre et huit inscriptions valables pour le doctorat.

Les limites d'âge imposées sont les suivantes :

Les candidats devront avoir dix-sept ans au 31 décembre 1941, ou avoir eu, au 1er janvier 1941, moins de vingt-trois ans pour les étudiants P. C. B., moins de vingt-quatre ans pour les étudiants concourant à quatre inscriptions de médecine, ou moins de vingt-cinq ans pour les étudiants concourant à huit inscriptions de médecine.

Le nombre d'élèves à admettre est, en principe, fixé à vingt. Aucune admission n'est prévue pour la section de médecine (troupes coloniales) et pour la section de pharmacie.

Les épreuves écrites seront subies à Alger, Clermont-Ferrand, Lyon, Marseille, Montpellier et Toulouse ; les épreuves orales, à Lyon et à Marseille.

Le programme des épreuves du concours est le même que celui prévu pour le concours de 1939.

Pour tous renseignements complémentaires, les candidats devront s'adresser :

Soit au Secrétariat d'État à la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel), à Royat (Puy-de-Dôme) ;

Soit au directeur de l'École du service de santé, à Lyon.

Réserve. — M. le médecin-général Bercher (J.-H.) a été placé, à compter du 23 juin 1941, dans la deuxième section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Avis de concours. — Un concours pour l'admission à l'École principale du Service de Santé de la Marine est ouvert en 1941 aux étudiants en médecine titulaires de quatre inscriptions et aux étudiants en pharmacie justifiant d'une année de stage ou titulaires de 4, 8 ou 12 inscriptions.

Le nombre des places est de 51 pour la ligne médicale, dont : 10 pour la Marine, 40 pour les Troupes coloniales, 1 pour l'Aviation et de 23 pour la ligne pharmaceutique dont : 3 pour la Marine et 20 pour les Troupes coloniales.

Les épreuves écrites auront lieu les 4, 5 et 6 août à Paris pour la zone occupée (les candidats demanderont à partir du 25 juillet, au Service médical de la Marine à Paris, 3, avenue Octave-Gréard (VIIe), l'adresse du local où se dérouleront les épreuves).

La date limite d'inscription est fixée au 1er août. Les dossiers devront être adressés avant cette date à la Direction centrale du Service de Santé, Secrétariat d'État à la Marine, à Vichy, pour la zone non occupée ; au médecin principal Barbin, 3, avenue Octave-Gréard, à Paris, pour la zone occupée.

Les conditions d'inscription au concours et son programme sont précisés dans une instruction ministérielle qui pourra être consultée dans les Facultés, Écoles de médecine et Préfectures, ou au Service médical de la Marine à Paris.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Distribution des vitamines A, B, C. — La Section de l'Alimentation du Comité consultatif d'hygiène, réunie à Vichy, a approuvé sans réserves et à l'unanimité les mesures envisagées et préconisées par M. le Secrétaire général à la Santé, dès le mois d'août 1940, et la distribution de vitamines A, B et C, dans la forme et dans les conditions où elle se pratique actuellement.

Cette distribution, en conséquence, continuera à avoir lieu et sera intensifiée pendant les mois d'hiver. Un stock de ces vitamines sera, par ailleurs, réservé à l'usage thérapeutique.

Enfin, une politique d'éducation sanitaire sera suivie afin de démontrer à la population d'une part l'intérêt que présente cette distribution de vitamines, d'autre part la nécessité de tirer parti au maximum des produits naturels pour équilibrer dans les meilleures conditions son alimentation.

La nouvelle loi sur les Assurances sociales. — Un nouveau texte de loi, qui va paraître au *Journal officiel*, réforme les modalités d'intervention des Caisses d'Assurances sociales, en matière de maladie et de maternité.

Désormais, le régime du libre choix, par le malade, du médecin ou de l'établissement de soins sera substitué au régime antérieur du choix limité aux seuls établissements ayant passé des accords avec les caisses : un même remboursement, calculé pour chaque acte médical ou chirurgical, et plus avantageux que précédemment, sera pratiqué par elles.

D'autre part, les médecins, jusqu'ici honorés dans des conditions assez précaires, recevront une rémunération normale, mesurée à l'importance des soins donnés et de l'opération opportune.

La nouvelle loi institue, entre l'Administration des Assurances sociales et l'Administration de la Santé, une étroite collaboration, qui fait appel à l'autorité morale et technique de l'Ordre des médecins et qui se reflète, sur le plan régional, par une collaboration de même nature entre les Unions de Caisses et les Directeurs régionaux de la Famille et de la Santé.

Sans vouloir minimiser le rôle rempli jusqu'ici par les Caisses d'Assurances sociales dans l'organisation des soins à leurs ressortissants, ni les résultats importants auxquels elles avaient abouti, il est évident que la nouvelle loi permettra d'améliorer encore ces résultats et d'accentuer leur progression ; elle marque donc une date importante dans l'œuvre sociale entreprise par le Gouvernement et institue un nouvel ordre de choses éminemment favorable aux intérêts des assurés sociaux.

Dérogations à l'application de la loi concernant l'exercice de la médecine. — Les demandes de dérogation à l'application de la loi du 16 août 1940, concernant l'exercice de la médecine, sont instruites par une commission composée de trois membres : 1° le directeur de la Santé ou son représentant, président ; 2° un représentant du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ; 3° un membre du Conseil d'État désigné par le Garde des Sceaux.

Centre national de la Recherche scientifique. — M. Charles Jacob, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur du Centre national de la Recherche scientifique ; M. Dupont, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur adjoint.

COURS ET CONFÉRENCES

Hôpitaux libres. — (Salle de réunions, 64, rue du Rocher, 18 heures).

Jeudi 10 juillet. — Les méthodes thérapeutiques en gastro-entérologie. Leur contrôle d'efficacité par M. M. Delort.

NOUVELLES *(Suite)*

NOUVELLES DIVERSES

Commission du retour du prisonnier. — Sont nommés membres de cette commission : le médecin général Fribourg-Blanc, directeur du Service de Santé de la région de Paris ; le professeur Bazy, président de la Croix-Rouge française.

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 4 *Juin.* — Mme CASTAIGNET, Injections intraveineuses continues de glucose chez l'homme. Quelques déductions physiologiques.

5 *Juin.* — Mme PILLIET, Les rapports entre les ulcères gastro-duodénaux et le diencéphale. — M. OGER, A propos du traitement des fractures de la jambe, de l'astragale et du calcanéum. Modifications à l'appareil de Böhler. — M. GUÉRIN, Considérations biochimiques sur les taux sanguins du glucose et de l'urée dans les syndromes dépressifs.

11 *Juin.* — Mme DUBOIS-PERTUY, Contribution à l'étude du pemphigus végétant. — Mlle RENARD, A propos d'un cas d'hémiplégie pneumatique. — M. AUDOLY, Les formes nerveuses de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. CHAFFAI, Le problème de la leucémie à éosinophiles. — Mlle RIPOCHE, Contribution à l'étude anatomique des perforations pleuro-pulmonaires.

12 *Juin.* — M. FRANÇOIS, L'aphtose. — Mme GOVAERTS, Un médecin au service de l'Histoire : le Dr Augustin Cabanès.

16 *Juin.* — Mlle MODAY, Modifications de la thyroïde sous l'effet de la testostérone. — M. FRANCHETEAU, A propos d'un cas de sarcomatose cervico-médiastinale avec leucémie aiguë. — M. SAPIR, Sur les relations réciproques de l'acide ascorbique et de l'hormone thyroïdienne.

REVUE DES LIVRES

L'Infirmière hospitalière, guide théorique et pratique de l'École Florence Nightingale-Bordeaux, 2e édition, revue et augmentée. (*J.-B. Baillière et Fils, éditeurs*, 1941.)

Le bienveillant accueil que cet ouvrage a rencontré auprès du monde médical suffit à démontrer sa haute valeur scientifique, alliant à une technique approfondie une pratique simple et claire. L'épuisement rapide de la première édition (moins de deux ans) est la meilleure preuve que cet ouvrage est non seulement utile mais indispensable à toute personne appelée à soigner ou à s'occuper d'un malade.

Une connaissance détaillée de la technique des soins aux malades, une instruction théorique concise et claire, voilà pour l'infirmière les deux éléments d'une formation professionnelle harmonieuse.

Ce manuel essaye de réunir la « pratique » et la « théorie » pour faciliter la tâche des élèves infirmières et leur laisser, à la sortie de l'école, un résumé de toutes les notions indispensables à un travail utile et fécond.

Il est le fruit d'une longue expérience auprès des malades et le résultat des efforts de plusieurs, avant tout de ceux de Mlle le Dr Hamilton, fondatrice de l'École Florence Nightingale (1901-1934). On trouvera dans la technique exposée à côté des méthodes françaises classiques, des adaptations de techniques américaines et anglaises qui entrent de plus en plus dans la pratique courante en France.

Ce livre sera le guide précieux de toutes les monitrices d'écoles d'infirmières.

Il pourra aider les professeurs dans le choix judicieux qu'ils auront à faire pour l'enseignement des infirmières et aussi des sages-femmes, grâce à son chapitre sur l'obstétrique.

Il contient également l'histoire du nursing depuis ses origines jusqu'à son organisation actuelle et sera ainsi un moyen de propagande pour l'Association internationale des infirmières diplômées.

Comme le dit dans sa préface M. le professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux : « Ce livre sera le vade-mecum précieux, le bréviaire inséparable pour celles que ne rebutent pas la grandeur et la servitude infirmières. »

R. V.

Au Service de l'amour, par le Dr JEAN VILLETTE.

Il a été envoyé, pour analyse, au *Paris médical*, un livre intitulé : *Au Service de l'amour*, paru sous le pseudonyme du Dr J. Carnot : ce livre a pour auteur un ancien interne des hôpitaux de Paris, le Dr Jean Villette (de Dunkerque), actuellement en zone non occupée. Je ne sais pour quels motifs ce collègue a cru bon de m'emprunter un nom que je suis seul à porter dans le monde médical ; mais il trouvera bon qu'à mon tour je lève ce pseudonyme en le priant de le lever lui-même aux prochaines éditions que ce petit livre ne manquera pas d'avoir.

Il s'agit d'un livre de vulgarisation dédié à son fils et destiné aux nombreux psychopathes et ignorants qui sont obsédés de soucis sexuels. Ce petit livre leur rendra certainement service, si j'en puis juger par les lettres qui m'ont été adressées en se trompant d'adresse. Il est clair, bien fait, nullement pornographique, d'une excellente moralité, et vient d'un père de famille nombreuse, certainement animé de très bonnes intentions. Mais *suum cuique !...*

Et, puisque le Dr Jean Villette a voulu faire, comme il le dit sur son titre, « un livre propre, clair, net », il n'y a pour lui aucune honte à le signer de son vrai nom, sans s'abriter sous celui d'un autre... Je le lui dis très courtoisement, entre honnêtes gens, avec cette bienveillance et ce scepticisme que nous confèrent de longues années de vie médicale...

PAUL CARNOT.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR FR. RATHERY

(1877-1941)

Avec angoisse, nous suivions, chaque jeudi, au Comité directeur du *Paris médical*, les étapes de la grave maladie qui vient d'emporter l'un des nôtres, notre bien cher ami Francis Rathery.

Sa haute et puissante corpulence, son activité, sa force de travail semblaient lui garantir bien des années encore d'une vie de recherches, d'enseignement, de dévouement. Mais, depuis son retour de la guerre, où il s'était usé sans ménagements comme médecin consultant de la Ve armée, depuis surtout la mort héroïque de son fils aîné, le lieutenant Jean Rathery, tombé au champ d'honneur en une mission dangereuse qu'il avait sollicitée, on le sentait frappé sévèrement.



Le professeur Fr. Rathery.

Peut-être en avait-il eu la prescience: car je me rappelle, avec une cruelle émotion, les adieux qu'il vint me faire à l'Hôtel-Dieu, en septembre 1939, avant de rejoindre le front : nous avions eu, alors, avec une telle acuité, la tragique vision de ce qui allait arriver, que, les yeux mouillés, nous nous étions silencieusement donné l'accolade.

Après avoir rendu aux soldats malades de son armée d'immenses services (simple continuation de ceux rendus, à la précédente guerre, par le médecin-chef de Zuydcoote), Rathery, dès son retour, avait réagi avec son courage habituel en prenant énergiquement la direction de sa nouvelle Clinique, à l'hôpital Cochin : en novembre dernier, il l'avait inaugurée devant un auditoire restreint d'amis et d'élèves, et cette cérémonie intime avait eu un caractère très émouvant par tout ce qu'on sentait sans le dire, alors que le père et la mère douloureux se raidissaient devant leurs devoirs. Il avait repris vaillamment ses leçons, ses travaux avec son école, son dévouement avec ses malades. A l'Académie de médecine, nous l'avions entendu, en un rapport lumineux qui avait eu l'assentiment de tous, fixer, avec précision et fermeté, les limites de rationnement qu'on ne peut dépasser chez nos malades.

Puis, à Pâques, fatigué de son effort, il avait pu rejoindre les siens dans cet Avallonnais qu'il aimait : c'est là qu'il fut frappé brutalement, soigné par des collègues dévoués qui se trouvaient être ses voisins, et ramené, péniblement, à Paris, en voiture d'ambulance pour y être opéré d'urgence par un autre grand Bourguignon ami : l'intervention nous avait donné, d'abord, quelque espoir ; mais l'état général était resté trop grave...

Avec Rathery disparaît un des meilleurs parmi les chefs de l'École médicale française. On en espérait beaucoup, en ces temps où tout l'avenir du pays repose sur la valeur de ses élites, et c'est un deuil cruel de plus lorsque nous manquent prématurément une intelligence et une moralité comme les siennes : car on était en droit de compter sur son enseignement, sur ses recherches, dans la maintenance, quand même ! de la suprématie française.

Rathery représentait l'alliance intime de la clinique et du laboratoire.

Médecin d'une rare valeur, l'ancien professeur de pathologie expérimentale était aussi rompu aux techniques scientifiques. Toutes ses recherches ont fait la preuve de cette double compétence.

Elle explique ses travaux, classiques, sur le rein, notamment sur le mécanisme de la sécrétion rénale, commencés jadis avec Castaigne, avec André-Meyer, avec Ambard, et à qui il a donné, en ces dernières années, une extension de plus en plus grande par l'étude et la classification cliniques des néphrites.

Ses recherches sur les maladies de la nutrition, sur le diabète notamment, ont profité, à la fois, de ses talents de clinicien, d'endocrinologiste, de thérapeute, de biochimiste. Il avait acquis, en ces matières, une réputation mondiale, soulignée en nombre de Congrès, dont il avait présidé plusieurs.

NÉCROLOGIE *(Suite)*

La valeur de Francis Rathery s'appuyait aussi sur son hérédité médicale. Son père, mort jeune, avait été médecin de l'hôpital Tenon. Il s'était allié, d'autre part, aux Bouchardat, qui déjà, avant lui, avaient appartenu, en deux générations, à la Faculté et à l'Académie : par eux, l'étude du diabète était, en quelque sorte, devenue un fief de famille.

Lui-même avait déjà transmis le flambeau aux générations suivantes, puisqu'il était devenu l'oncle de notre collègue le professeur Léon Binet, qu'il avait parmi ses gendres notre ami et collaborateur P.-L. Merklen médecin des hôpitaux, et que son jeune fils Michel est déjà externe : grande et glorieuse famille médicale, comme en compte parfois notre profession.

Personnellement, j'ai eu, pendant bien des années, la bonne fortune d'avoir Rathery comme collaborateur direct. Dès mon arrivée à la chaire de thérapeutique où je remplaçais Gilbert, Rathery, élève lui aussi de Gilbert, acceptait de permuter d'enseignement et de devenir mon agrégé. De cette époque date, entre nous, une symbiose qui s'est continuée jusqu'à ce que lui-même fût devenu professeur : collaboration d'enseignement, de cours, d'examens, de recherches, de publications ; collaboration aussi, très intime, sur les routes de France, lorsque, continuant à nous deux la mission de Landouzy et de Carron de la Carrière, nous faisions connaître aux médecins français et étrangers nos stations de cure nationales, une des richesses qui nous restent... Il a, depuis, comme secrétaire général de l'Institut d'hydrologie, rendu bien d'autres services encore au thermalisme français.

Au *Paris médical*, le journal de Gilbert, il était devenu, parmi les membres du Comité directeur, un des plus actifs et des plus précieux. Nos lecteurs savent bien tout ce que nous lui devons : car il dirigeait, ici, tout ce qui est relatif aux maladies rénales, aux maladies de la nutrition, à l'endocrinologie et aux eaux minérales.

En ces premières heures de deuil, je n'essaierai pas de jauger l'importance, scientifique et clinique, de l'œuvre de Rathery. Je veux seulement dire à sa vaillante femme, à ses enfants et à ses élèves, sur cette tombe à peine close, toute l'affection qu'ici chacun avait pour lui, tout le respect qu'inspiraient sa droiture et sa vigueur morales.

Pour moi, au soir de la vie, c'est un ami très cher qui disparaît avant son tour...

PAUL CARNOT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ORDRE DES MÉDECINS ET LE CODE DE DÉONTOLOGIE

(Suite.)

Le médecin ne doit avoir qu'un seul cabinet ; il ne peut ni installer une consultation dans une autre commune, ni la faire gérer par un confrère. Cette règle peut comporter des dérogations en faveur des spécialistes qualifiés après autorisation du Conseil.

Le médecin doit respecter la clientèle de ses confrères ; sauf en cas d'urgence, il ne peut donner son concours au malade traité par un autre que si celui-ci l'a appelé en consultation, ou si le malade a renoncé définitivement au premier médecin, et si celui-ci a été informé de la décision et s'il a reçu les honoraires dus.

Au Barreau, les règles sont plus strictes puisqu'on y exige l'agrément de l'avocat remplacé ; mais, dans les deux professions, on réprouve unanimement les sollicitations clandestines ou indirectes et les visites intéressées qui cacheraient les intentions peu confraternelles.

Si le médecin traitant est absent, il doit être averti aussitôt de l'appel du malade, des soins donnés en cas d'urgence, et le remplaçant occasionnel perd, dès le retour de son confrère, le droit de retourner chez le malade.

Médecins traitants, consultants, spécialistes. — Le médecin traitant, quand une consultation ou une intervention est décidée, soit par lui, soit par la famille, indique mais n'impose pas un nom, s'il estime que l'intérêt du malade exigerait un autre consultant ou un autre chirurgien que celui qui est choisi, il peut se retirer.

Quand il s'agit d'interrompre une grossesse, le Code de la famille exige qu'avant toute intervention une consultation soit prise auprès de deux médecins, dont l'un doit être expert près le Tribunal civil ; et le Code de déontologie de souhaiter dans une note que cet article soit modifié.

Il semble, au contraire, que seul un médecin-expert puisse donner les garanties nécessaires pour juger si l'avortement médical est opportun ou si le projet conçu n'est pas qu'un prétexte destiné à masquer d'autres buts : son expérience des procédés criminels l'aidera plus que tout autre à déceler la complicité ou la crédulité du médecin traitant, et cette prescription est d'autant plus nécessaire que l'avortement n'est toléré que si la vie de la mère est mise en danger.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

Cependant, on sait que les principes de la religion s'opposent à ces interventions particulières : le médecin doit donc éclairer ses clients avant d'agir et, si sa propre conscience lui interdit de participer à l'avortement thérapeutique, il peut se retirer après avoir pourvu à son remplacement. Il a le même droit quand, du point de vue médical, il n'est pas de l'avis du consultant.

***

Le médecin consultant n'a d'autres droits que ceux qui ont pour objet spécial l'appel du médecin traitant ; il ne peut donc se substituer à lui à moins d'un accord préalable. Cette règle s'applique aux chirurgiens, aux spécialistes, aux médecins de stations de cure qui, de plus, doivent par écrit adresser le résultat de leurs examens au médecin traitant et, s'ils sont choisis directement par les malades, ils doivent s'enquérir du nom du médecin traitant et se mettre en rapport avec lui.

A ces règles, le Code admet une exception : c'est le droit de tout médecin de recevoir n'importe quel malade à son cabinet, de donner des conseils et ses soins, sans avoir à se préoccuper du médecin traitant. Cette exception, qui paraît en opposition avec les règles de déontologie précédemment formulées, part de ce principe que tout malade peut solliciter un conseil médical au cabinet du praticien et que celui-ci, tant qu'il agit dans cet endroit neutre qu'est le cabinet, agit en toute indépendance.

***

Le Conseil supérieur admet l'existence de neuf spécialités : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie générale, obstétrique, neuro-psychiatrie, dermato-vénéréologie, électro-radiologie et agents physiques, biologie. Il prépare un statut propre à chacune de ces spécialités, et il est possible qu'il soit appelé à en admettre d'autres, car, notamment, il semble bien que les homéopathes exercent un art particulier et que les médecins légistes soient des spécialistes.

Le Code de déontologie est strict en cette matière : il estime que celui qui est titulaire d'un diplôme d'une de ces spécialités et qui l'exerce s'interdit par cela même l'exercice habituel de la médecine générale. Par contre, le médecin de médecine générale n'est autorisé qu'à donner les soins courants aux malades relevant d'une spécialité.

Cette réglementation, *a priori*, ne laisse pas de sembler rigoureuse : n'aurait-il pas été plus simple et aussi efficace de laisser les activités médicales se spécialiser d'elles-mêmes ? L'expérience et l'usage entraînent nécessairement ou la poursuite assidue de la spécialité qui interdit, en fait, toute autre préoccupation générale, ou l'abandon d'une spécialité qui ne se suffit pas à elle-même.

Non seulement le texte ne paraît applicable que dans les villes importantes qui justifient l'existence de cabinets médicaux spécialisés, mais il ne semble pas conforme à l'intérêt du malade qui connaît « son médecin », lui fait confiance et qui, à toute occasion, serait dans l'obligation de se confier à un nouveau venu.

On connaît les ennuis que provoquaient ces spécialisations, notamment dans le bâtiment, où chaque corps de métier surveille étroitement ses privilèges : ce qui est du domaine du menuisier n'est pas de celui du charpentier, qui ne se mêle pas d'ébénisterie, alors que les uns et les autres travaillent le bois. Sans doute, l'idée du diplôme particulier pour les spécialisations est excellente, mais il ne semble pas qu'une compétence technique particulière soit incompatible avec un exercice général de la médecine.

Le secret professionnel. — Ce sujet extrêmement délicat est traité dans le Code de déontologie avec un sens sûr de logique et de probité professionnelle. Le principe est établi par l'article 378 du Code pénal, qui interdit la révélation de tous les faits qui, secrets par leur nature, sont venus à la connaissance du médecin par l'exercice de sa profession.

Ce principe est d'ordre public, il est absolu, c'est ce que la doctrine et la jurisprudence ont toujours admis (Cass. civ., 19 décembre 1885, *D. P.*, 1886-1-347).

Cependant, la législation moderne a créé maintes exceptions à ce principe : la loi du 15 février 1902 prescrit les déclarations de certaines maladies épidémiques ; le décret du 29 novembre 1939, que nous avons critiqué, autorise le médecin à prévenir les autorités sanitaires des dangers de contamination que risquent de causer les malades syphilitiques. (Voy. ADRIEN PEYTEL, La protection de la santé publique, *Gaz. Pal.*, 1940-1-103.) La loi du 29 juillet 1939 prescrit la dénonciation des avortements criminels par les médecins, qui peuvent impunément déposer comme témoins sur les faits qu'ils ont constatés.

Cette tendance actuelle du législateur pourra s'amplifier avec les lois sociales jusqu'au jour où l'État reconnaîtra que le secret médical, loin d'être un privilège pour le médecin, est une obligation indispensable à la santé publique, et que, pour contraindre les malades à se soigner, il vaut mieux leur assurer la discrétion d'un médecin tenu au secret que de les menacer d'une inutile publicité.

Sans proclamer que le secret médical est d'ordre public, le Code de déontologie lui reconnaît pourtant le caractère d'une obligation, qui s'applique aussi bien aux clients particuliers qu'aux malades hospitalisés, en matière de médecine sociale comme en matière d'assurance.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

***

La création du Conseil de l'Ordre pose, à cet égard, une nouvelle question : le médecin déféré au Conseil départemental est-il tenu au secret à l'égard de ses juges ?

Le Code de déontologie incline vers l'affirmative, mais rien n'est moins sûr ; car le médecin appelé devant le Conseil ne fait de révélation qu'à d'autres médecins tenus eux-mêmes au secret, tant par leur qualité de médecins qu'à raison de leurs fonctions de juges ou d'arbitres.

De plus, l'exercice de l'action disciplinaire est incompatible avec le secret ; l'arbitrage ne serait pas possible, et tout le système échafaudé par la loi du 7 octobre 1940 serait paralysé si on admettait qu'à la première question posée par le Conseil tout médecin pourrait répondre en se réfugiant derrière l'obligation au secret.

Au président du Conseil de l'Ordre comme au rapporteur, le médecin peut dire et doit toute la vérité pour assurer sa défense ou justifier ses droits ; il le peut d'autant plus qu'en portant plainte ou en le dénonçant le malade l'a, de ce fait, libéré de l'observation de la règle. C'est ce qui se passe traditionnellement à l'Ordre des avocats ; il doit en être de même chez les médecins, faute de quoi la mission des Conseils deviendrait sans objet.

***

En ce qui concerne les rapports avec la clientèle, le Code de déontologie suit exactement les solutions de jurisprudence en exigeant que le secret dû au malade soit respecté à l'égard des parents, des héritiers, des employeurs et commettants ; il affirme cette vérité, trop souvent oubliée, que le malade n'a aucun droit de délier le médecin de l'obligation au secret, car cette obligation n'est pas créée au profit particulier du malade, mais dans l'intérêt général de la santé publique (ADRIEN PEYTEL, *Le Secret médical*, p. 25).

Ce principe est si précis que, même à la demande du malade, le médecin doit refuser de délivrer à un tiers, administrateur ou assureur, un certificat révélant les causes de la maladie, et qu'*a fortiori* il doit refuser aux héritiers la délivrance de cette attestation, serait-ce pour leur permettre de toucher le montant de la somme assurée (Trib. du Havre, 30 juillet 1886, *D. P.*, 1887-3-24 ; C. Toulouse, 10 février 1838, *D. P.*, 1899-2-257).

Mais il est évident que ces prescriptions ne se justifient qu'à l'égard du médecin traitant ou du médecin consultant. Au contraire, le médecin légiste, le médecin contrôleur, l'expert n'est tenu à aucun secret. Il a reçu sa mission du *tribunal* et non la confiance du client ; il examine le malade, le blessé non dans un but curatif, mais pour contrôler ses dires et ceux de son médecin ; il ne reçoit donc pas de confidences, il n'a pas à en provoquer, et les constatations qu'il fait ne sont pas le résultat d'un acte médical proprement dit.

C'est de cette distinction que procède l'interdiction édictée par le Code au médecin traitant de témoigner en justice sur les actes délictuels ou criminels auxquels il a assisté et qui ont été commis aux dépens du malade, ou bien contre ses volontés : dès l'instant qu'il a connu le fait à l'occasion et au cours de l'exercice de son art, il est lié par le secret. A ce sujet, il importe de rappeler que la jurisprudence ne permet pas au médecin de refuser à comparaître devant le juge d'instruction ou le tribunal ; il doit se présenter, prêter serment, et ce n'est qu'ensuite qu'il refuse de répondre si les questions posées risquent de porter atteinte au devoir du silence (Cass. crim., 7 mars 1924, *D. H.*, 1924-244).

Quand, au lieu d'être témoin, le médecin est demandeur au procès, il ne peut faire connaître, dit le Code, ni le diagnostic, ni les soins donnés, ni même s'il s'agit d'une demande en paiement d'honoraires.

Jusqu'à ce jour, et bien que les tribunaux observent scrupuleusement les prescriptions de l'article 378, dans les procès en recouvrement d'honoraires, comme dans les instances en responsabilité médicale, on admettait que le secret pourrait n'être respecté que dans la mesure où il ne faisait pas obstacle à la manifestation de la vérité. En effet, si le secret médical est d'ordre public, il ne peut pourtant pas mettre en échec l'exercice du pouvoir judiciaire, qui est une des fonctions essentielles de l'État.

Sans doute, était-il opportun de rappeler à leurs devoirs certains médecins qui ne craignent pas de dévoiler les tares de leurs clients, mais, en justice, et sur ces questions de tact et de modération, il semble que l'Ordre des médecins pouvait faire confiance aux juges pour ne laisser divulguer que les faits secrets indispensables à l'instruction des procès civils ou criminels.

Au surplus, on conçoit mal comment un médecin poursuivi par un malade mécontent ne pourrait se défendre utilement sans expliquer pourquoi sa responsabilité n'est pas engagée, d'autant plus que, dans le dernier état de la jurisprudence, il n'en est libéré que s'il établit qu'il a donné des soins consciencieux, éclairés, prudents et conformes aux données actuelles de la science. Et, puisque le demandeur critique les prescriptions ou les actes, il est nécessaire de laisser au médecin le droit de se justifier.

Dans de nombreux cas, les procès en responsabilité n'étant que des demandes reconventionnelles à des réclamations d'honoraires, ou constituant des attaques audacieuses organisées

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

par des cabinets d'affaires spécialisés, il serait lamentable que le médecin soit à la merci du débiteur de mauvaise foi, ou qu'il demeure à la merci des plaideurs peu scrupuleux.

C'est le droit imprescriptible de la défense qui autorise le médecin à parler pour se disculper, et il est dans l'obligation de le faire puisque, aux termes de la jurisprudence la plus récente, le critérium de la responsabilité médicale, en dehors des actes de négligence ou d'imprudence que tout homme peut commettre, consiste à rechercher si, eu égard à l'état de la science et aux règles consacrées par la pratique de son art, l'imprudence, l'inattention, la négligence qui sont imputées au médecin révèlent une méconnaissance certaine de ses devoirs (Cass. civ., 18 octobre 1937, *Gaz. Pal.*, 1937-2-801).

***

Le problème posé par le Code dépasse de beaucoup le cadre étroit de la déontologie, puisqu'il touche à l'organisation judiciaire.

La thèse du Conseil supérieur peut se résumer ainsi : le médecin poursuivi devant les tribunaux civils ou répressifs ne peut prendre l'initiative de révéler la maladie qu'il a traitée et qui fait l'objet du débat ;

Que, si le malade lui-même l'a révélée, et dans la mesure où celui-ci l'a révélée le médecin demandeur en paiement d'honoraires ne peut, en aucun cas, révéler ni le diagnostic, ni la nature des soins à donner.

Certains spécialistes, syphiligraphes, gynécologues, physiologues, dont la spécialité révèle le genre de l'affection traitée, ne peuvent jamais intenter de procès en recouvrement d'honoraires.

Pour remédier aux lourdes conséquences de ces interdictions, le Code de déontologie prévoit que, quand les médecins seront autorisés par une loi spéciale à révéler les faits secrets constatés par eux aux membres des Conseils de l'Ordre, c'est le Conseil de l'Ordre qui aura qualité pour donner à la justice son avis, mais sans l'accompagner d'aucun commentaire.

Dans les procès en responsabilité, le Conseil témoignerait donc du bien-fondé ou du mal-fondé de la réclamation ; pour les spécialistes, il se substituerait à eux, de façon qu'on ne puisse présumer le genre des soins donnés.

Dans les procès en recouvrement d'honoraires, le Conseil connaîtrait seul le diagnostic et la

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

maladie ; il donnerait son opinion non motivée sur la légitimité de la réclamation.

En cette matière, le Code de déontologie semble avoir statué hors des limites de ses pouvoirs : en effet, il est de principe que les avis des experts doivent être motivés et que les juges ne sont pas astreints à suivre l'avis des experts ; or les Conseils de l'Ordre agiraient exactement dans le projet comme le font les experts. (Voy. *C. Proc., art.* 323.)

La règle unanimement admise est que l'expertise, qui ne lie pas le juge, ne lui fournit que des éléments d'appréciation qui, contrôlés et rapprochés, l'aident à former sa conviction (Cass. Req., 27 février 1929, *S.*, 1929-1-128 ; Cass. Req., 14 novembre 1934, *Gaz. Pal.*, 1934-2-904).

La Cour de cassation veille sur le respect de ce principe de notre droit, et elle a même jugé que les tribunaux ne sont pas astreints à se conformer à l'avis des experts par eux commis, ni même à indiquer les raisons qui les font s'en écarter (Cass. Req., 17 octobre 1933, *Gaz. Pal.*, 1933-2-945).

Plus particulièrement en matière médicale, la Cour de Paris a jugé que les magistrats sont libres d'avoir un avis contraire à celui du médecin-expert au sujet des fautes dommageables commises par un praticien dans les soins donnés à un malade (Paris, 6 juin 1930, *Gaz. Trib.*, 24 avril 1930).

Dès lors, on concevrait mal que les juges accueillent les yeux fermés les avis ou les attestations des Conseils de l'Ordre des médecins, qu'ils acceptent des conclusions non motivées, des rapports sans commentaires. Aucun tribunal, et la Cour de cassation moins que toute autre juridiction, ne tolérerait d'être réduit au rôle passif de mécanisme enregistreur avec pour unique mission d'entériner des avis que les tribunaux ne seraient même pas appelés à contrôler, ni à vérifier, et qui, s'imposant à eux, constitueraient l'unique motif de leur décision.

Les tribunaux et les cours, jaloux de leur prérogative, ont la lourde mission de dire le droit et de rendre la justice ; il serait inouï qu'ils fussent privés du droit de peser et de discuter les décisions dont ils prennent la responsabilité ; il serait invraisemblable qu'ils fussent déchargés au profit d'un organisme corporatif du droit souverain d'appréciation qui leur est dévolu par la loi.

(Suite page VII.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

Il ne semble donc pas que, même si les médecins peuvent révéler les secrets des malades aux membres des Conseils de l'Ordre, ceux-ci puissent imposer aux juges l'autorité de leur avis sans avoir à le modifier, ni qu'ils puissent se substituer aux autorités judiciaires légalement constituées.

***

Dans un dernier chapitre, le Code examine les règles à suivre en médecine sociale, mais ce n'est que quand la législation nouvelle sera promulguée que ce titre pourra être utilement complété.

A ce sujet, le Code rappelle les règles suivies par les médecins contrôleurs et les médecins-experts, qui doivent éviter toute compromission et même toute apparence de partialité, ainsi que toute immixtion dans le traitement des malades. Il importe de rappeler ici les instructions données en 1929 par M. le président Watine; qui interdisait déjà aux médecins-experts de cumuler leurs fonctions judiciaires avec celles de médecins de compagnies d'assurances ou avec celles de médecins d'entreprises s'assurant elles-mêmes.

Cette partie spéciale du Code sera complétée quand l'ensemble des lois sociales sera refondu.

***

Le Code de déontologie médicale est le premier monument important issu des organismes corporatifs ; il fixe les règles de la profession médicale et détermine les règlements qui doivent assurer la morale et l'honneur de l'art médical, et par là même le Conseil supérieur a rempli en même temps cette autre mission qu'il a reçue de la loi de protéger les intérêts professionnels, car c'est en éliminant les éléments indésirables et en élevant le niveau moral de toute la corporation qu'il peut en assurer le respect et l'autorité.

ADRIEN PEYTEL,

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1941.

Les condiments de remplacement. — M. TANON, au nom de la Commission de l'alimentation, présente un rapport sur une demande du Syndicat des fabricants de moutarde tendant à remplacer ce produit, qui pourrait manquer, par une moutarde artificielle contenant de l'isothyocyanate d'allyle et coloré par le jaune naphtol.

La commission a conclu à un avis défavorable, avis adopté par l'Académie.

Sulfamidothérapie et bronchectasie. — MM. F. BEZANÇON, P. AMEUILLE et G. GUIOT rapportent une observation quasi expérimentale de dilatation bronchique bilatérale cylindrique avec quelques éléments sacciformes où la sulfamidothérapie (Dagenan) a déterminé une amélioration considérable de symptômes fonctionnels et généraux.

La médication, entraînant un certain degré d'agranulocytose, ne peut être utilisée que d'une façon discontinue, chaque série médicamenteuse amenant très rapidement une diminution des trois quarts de l'expectoration, la sédation de la fièvre et de la toux : la suppression du médicament entraîne la reprise presque immédiate des symptômes.

Les auteurs rappellent les deux observations rapportées par M. Cordey où la médication fut également suivie de décès ; dans six autres cas personnels, ils n'ont eu, par contre, que des résultats incomplets.

L'inégalité des résultats s'explique par la variabilité même des formes anatomo-cliniques de la dilatation des bronches et par les éléments multiples qui interviennent dans la production de l'expectoration elle-même.

Dans une maladie comme la dilatation des bronches, on ne peut demander à la sulfamidothérapie qu'une action adjuvante, mais celle-ci a un rôle important ; en supprimant ou tout au moins en atténuant l'infection surajoutée, elle peut faire disparaître une partie des symptômes fonctionnels si pénibles de la maladie, et même, dans certains cas où la lésion elle-même serait accessible à l'intervention chirurgicale, elle pourrait permettre une exérèse éventuelle, impossible à réaliser sur une bronche infectée.

Le diagnostic de l'épilepsie par l'électro-encéphalographie. — M. BAUDOIN.

Les états de précarence en période de restrictions alimentaires (Présentation faite par M. POLONOVSKI). — MM. LAMBRET, BOULANGER, SWYNGEDAUW et DRIESSENS.

La Fondation Roux offre un certain nombre de bourses de 24 000 francs à de jeunes travailleurs *français* ayant terminé leurs études et désirant se consacrer à des recherches scientifiques.

Les candidats, choisis sur titres et références, doivent répondre à un questionnaire dont ils trouveront un exemplaire auprès de l'administrateur de la Fondation Roux, 96, rue Falguière, Paris (XVe arrondissement).

Ces demandes seront déposées avant le 15 août 1941, les bourses partent du 1er novembre 1941, et non pas, comme le porte l'affiche, par suite d'une erreur d'impression, du 1er novembre 1942.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juillet 1941.

Les manifestations tardives de la gonococcie du nouveau-né. — M. RIBADEAU-DUMAS, Mlle RIST et Mme BOUILLÉ soulignent la gravité et la latence de ces manifestations qui peuvent avoir une action fâ-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

cheuse sur la croissance et même une évolution fatale, surtout chez le débile. L'ophtalmologie purulente ne se rencontre guère avec un caractère grave. Il faut faire une place à la rhinopharyngite et à l'arthrite gonococciques. Beaucoup plus exceptionnelles sont l'anorectite et l'urétrite. Le fait important est que le traitement par les sulfamides donne à une maladie rebelle à tous les traitements, ou tout au moins difficile à guérir, une terminaison favorable dans un temps très court.

M. LOEPER pense que certaines luxations congénitales de la hanche sont peut-être en réalité des arthrites gonococciques ; les rectites sont plus fréquentes qu'on ne croit.

Syndrome neuro-œdémateux. — MM. CARRIÈRE et AUGUSTE (de Lille), à propos de la communication de M. Julien-Marie, rappellent qu'ils ont décrit, il y a quelques années, un syndrome très voisin.

Hémopathie benzolique. Action du 693 sur la fièvre. — MM. M. DEBRAY, A. DOMART, A. DAUSSET et L. FRESSINAUD rapportent l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, travaillant depuis quelques mois au milieu de vapeurs de benzol, entré à l'hôpital dans un état de prostration profonde et avec une température de plus de 40°. Malgré les risques que semblerait devoir comporter une telle thérapeutique, les auteurs se décidèrent à utiliser le 693. En deux jours, la température tomba à 36°,8. Après douze jours d'apyrexie, une poussée thermique nouvelle est aussi facilement réduite, ainsi qu'une troisième poussée. Le noyau benzolique du 693 ne semble pas avoir eu, dans ce cas, une action fâcheuse sur le chiffre des granulocytes, qui ne fut guère modifié. La cessation de la fièvre diminue la fatigue du malade, ralentit le pouls et favorise la reprise de l'alimentation. L'apyrexie semble ralentir l'évolution de la maladie et donne le temps d'agir aux thérapeutiques visant à corriger les lésions sanguines de l'hémopathie benzolique.

M. COSTE pense également que, chez les anémiques, on est autorisé à donner des sulfamides en cas d'infection surajoutée, mais il existe des cas d'intolérance.

Pneumothorax ou kyste aérien suppuré. — MM. CATHALA et CLERC rapportent l'observation d'un enfant chez qui, à la suite d'une pleurésie purulente à staphylocoque, la radiographie montra l'apparition d une image gazeuse typique de kyste ballon. Une dyspnée progressive s'installa ; on constatait les signes manométriques d'un pneumothorax à soupape. L'examen anatomique montra, à l'intérieur d'une volumineuse poche gazeuse, l'existence d'un moignon pulmonaire perforé et tapissé de tissu pleural, prouvant ainsi qu'il s'agissait d'un pneumothorax. Les auteurs se demandent bien si des kystes ballons ne sont pas, en réalité, des pneumothorax.

Myxœdème de la ménopause quinze ans après thyroïdectomie pour Basedow. — MM. DÉROT, GOURY-LAFFONT et TRICOT. — La malade dont il s'agit a subi en 1923 une thyroïdectomie pour maladie de Basedow dont les effets ont été des plus favorables pendant plusieurs années. En 1938, s'installent progressivement des symptômes d'infiltration cutanée, de ralentissement physique et psychique, tandis que le métabolisme de base s'abaisse à — 11 p. 100. La ménopause a lieu à la même date. Les auteurs envisagent l'existence d'un mécanisme compensateur peut-être hypophysaire dont la dégénérescence, au moment de la ménopause, a entraîné l'apparition du myxœdème.

Hémiplégie avec épilepsie dite pleurale. Observation anatomo-clinique. Rôle de l'embolie gazeuse. — MM. M. DEBRAY, S. DE SÈZE, A. DOMART et J. CUEL rapportent l'observation d'une asystolique de quarante-cinq ans présentant un volumineux épanchement pleural gauche, et soumise à plusieurs ponctions évacuatrices successives. A la fin de la dernière ponction, alors que 500 centimètres cubes ont été retirés, le liquide se teinte d'un peu de sang, indiquant la blessure d'un petit vaisseau pulmonaire. L'aiguille est retirée aussitôt. Cependant, au bout de quelques secondes, la malade accuse un malaise progressif, de la dyspnée, puis apparaît une hémiplégie droite, puis enfin une crise épileptiforme du côté gauche, tandis que la malade perd connaissance.

On note l'extension bilatérale de l'orteil, une tachycardie à 110, une poussée hypertensive à 23-13, une poussée thermique à 39. Dans les heures qui suivent, les crises épileptiques se répètent. Pendant quarante-huit heures, les crises convulsives se multiplient, et la malade meurt dans le coma, au matin du troisième jour.

L'autopsie montre des hémisphères cérébraux fortement congestionnés, avec de nombreuses hémorragies microscopiques au fond du sillon. Le processus hémorragique est particulièrement intense au niveau de la région temporo-occipitale gauche correspondant à l'hémiplégie droite ; il est plus discret du côté droit, correspondant aux crises d'épilepsie bravais-jacksonienne.

De tels symptômes et de telles lésions ne peuvent être imputés qu'au mécanisme de l'embolie gazeuse ; l'hypothèse d'un réflexe pleural n'est pas acceptable.

Les auteurs rappellent brièvement les raisons qui les ont conduits à penser que l'immense majorité, pour ne pas dire la totalité des accidents d'hémiplégie, d'épilepsie et de mort subite consécutifs aux ponctions de la plèvre, relèvent du mécanisme de l'embolie gazeuse et sont la conséquence d'une perforation pulmonaire accidentelle.

Cette notion comporte d'importantes conclusions pratiques sur lesquelles se termine cet exposé.

M. HILLEMAND invoque le rôle possible des surrénales.

Pneumothorax spontané chronique chez un tuberculeux fibreux de cinquante-huit ans. Occlusion thérapeutique de la perforation pulmonaire par la méthode pleuroscopique. — MM. GUY ALBOT, ROGER PIGEON et J. LOIREAU rapportent cette observation d'un pneumothorax spontané chronique sans épanchement, accompagné de dyspnée et de cyanose, qui

présente trois points intéressants. L'âge avancé du malade est déjà inaccoutumé. D'autre part, il ne s'agissait pas d'un pneumothorax tuberculeux, mais d'un pneumothorax spontané chronique chez un tuberculeux bacillifère, ainsi que la pleuroscopie et l'évolution l'ont montré. Enfin, la pleuroscopie a permis de pratiquer dans la perforation pulmonaire des injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 30 p. 100 ; à la suite de ce traitement, le pneumothorax, qui durait depuis neuf mois, se résorbe rapidement, les signes fonctionnels disparaissent, et le poumon comprimé laisse alors voir une cavité du sommet droit. Le pneumothorax est alors entretenu artificiellement.

Polypose recto-colique généralisée essentielle. Colectomie datant de deux ans. — MM. P. Hillemans, J. Charrier et R. Genévrier, après avoir rappelé l'extrême gravité de la polypose recto-colique généralisée essentielle, rapportent l'observation d'une jeune fille atteinte de cette affection depuis 1934. Ils ont eu recours à la technique opératoire préconisée par l'un d'eux avec son maître R. Bensaude et P. Augier. Ils ont commencé par nettoyer par l'électrocoagulation tous les polypes rectaux, recto-sigmoïdiens, en remontant jusqu'à 24 centimètres, puis l'un d'eux a pratiqué une iléo-sigmoïdostomie en plaçant la bouche au niveau de la zone ainsi traitée, puis, au bout de quelques semaines, une colectomie totale. Ils viennent de revoir leur malade, opérée depuis deux ans, qui présente un excellent état général et local. Un examen radiologique leur a montré une distension du moignon sigmoïdien au niveau duquel se voient quelques polypes ; une résection de ce moignon peut être envisagée ultérieurement. Ils ont électrocoagulé à nouveau quelques polypes développés dans l'ampoule rectale.

Quoi qu'il en soit, les auteurs insistent sur la transformation considérable de la malade, et sur le fait qu'une intervention précoce avec une technique bien réglée donne d'excellents résultats et permet de sauver des sujets voués à la mort.

Cancer bronchique avec bronchiectasie chez un tuberculeux. — MM. Ameuille et J.-M. Lemoine rapportent l'observation d'un tuberculeux chez lequel on fit le diagnostic de cancer bronchique de la bronche inférieure droite à cause d'une apparence radiologique spéciale de cachexie et de catarrhe bronchique sans rapport avec la faible importance des lésions tuberculeuses chez un homme de soixante-quatre ans. L'examen bronchoscopique et, plus tard, l'autopsie montrent la réalité du cancer bronchique surajouté. On trouve aussi des bronchiectasies sur les bronches en amont du cancer bronchique. Celles-ci n'avaient pu être diagnostiquées pendant la vie parce que le lipiodol n'avait pu arriver jusqu'à elles. Leur cause paraît être l'oblitération de l'artère bronchique, que l'on voit sur les coupes extrêmement altérée, à l'exclusion des autres éléments vasculaires de la paroi.

Étude d'un cas de tétanie parathyroprive. — MM. F. Coste, E. Hervet et M[lle] Barnaud insistent sur la valeur des tests chimiques, sanguins et urinaires, particulièrement de la chute du calcium diffusible dans le sang, et de l'hypocalcémie. Ils montrent l'effet remarquable de l'inhalation carbonique sur les crises ; l'acidose gazeuse réduit l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, elle exerce donc sur le taux du calcium ionisé une action importante dont ne tient pas compte la formule simplifiée de Mac Lean, utilisée pour calculer ce taux. Le cas étudié ici était surtout remarquable par les rapports très nets entre les règles et la production des attaques de tétanie. La raison principale de cette coïncidence semble avoir été une recrudescence de l'hypocalcémie durant les phases menstruelles, peut-être aussi une action hormonale. La tétanie a guéri cliniquement (malgré la persistance de l'hypocalcémie), alors que se développaient un léger myxœdème opératoire et une aménorrhée progressive : véritable contre-épreuve de l'action spasmogène des règles durant les mois précédents.

M. Chabrol a observé une malade sujette à des crises de tétanie pendant les périodes menstruelles. Il s'agissait d'une hyperfolliculinémie qui fut guérie par des injections de corps jaune.

Un cas de polyostéochondrite familiale. — MM. R. Turpin et F. Coste présentent l'observation familiale d'un père et de son fils atteints de la même dystrophie squelettique que caractérisent : des ostéochondrites des hanches, des ostéochondrites vertébrales multiples, des déformations du bassin, des têtes humérales, une diminution de la taille, une assez grosse tête avec tendance à la dolichocéphalie, un thorax volumineux et plutôt court. Divers caractères morphologiques concordent chez eux. Un autre cas d'ostéochondrite de la hanche existe probablement dans une lignée collatérale.

Ce cas doit être rapproché de faits rares, mais somme toute assez homogènes, qu'ont décrits séparément Morquio, Silberskiöld, Brailsford, Ruggles, Valentin, etc... Turpin et Coste proposent, pour éviter les synonymies et marquer les relations possibles entre ce syndrome et les ostéochondrites isolées (maladies de Perthes, Calvé, Köhler, Kienböck, etc...), d'adopter l'appellation de *Polyostéochondrite.*

La polyostéochondrite prendrait place à côté de l'achondroplasie et de la dyschondroplasie (reliée elle-même aux chondromes ostéogéniques) dans le groupement général des chondro-dystrophies dues à des lésions très précoces du cartilage conjugal ou épiphysaire, et dans lesquelles le facteur génétique se combine diversement aux facteurs évolutifs d'extériorisation morbide.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Séance du 11 juillet 1941.

Contribution à l'étude des hémorragies méningées non traumatiques. — MM. CLOVIS VINCENT et S. DAUM rappellent que, parmi les causes d'hémorragie méningée récidivante des jeunes sujets, il faut compter les angiomes cérébraux et les petits anévrysmes, dits congénitaux, de la carotide ou de ses branches. Le présent travail étudie ce second groupe de faits.

Il s'agit de sujets jeunes, ou relativement jeunes, non hypertendus, non syphilitiques, qui présentent une série de syndromes méningés plus ou moins rapprochés. Fréquemment, ceux-ci débutent par une paralysie isolée du nerf moteur oculaire commun, parfois par une crise d'épilepsie. On voit souvent ces sujets dans un état voisin du coma, hémiplégiques, aphasiques, avec une paralysie du IIIe. Il existe de la stase papillaire. On croit alors à une tumeur du cerveau. Mais l'artériographie montre un petit anévrysme appendu à la carotide ou à une de ses branches.

Ces anévrysmes doivent être traités par la ligature de la carotide interne si l'anévrysme est avant la bifurcation ; après la bifurcation, en plaçant sur l'anévrysme un manchon musculaire, suivant la méthode de Dott.

Un cas de distomatose sous-hépatique. — MM. P. BRODIN, M. FOURESTIER et FERRAND rapportent l'observation d'une jeune femme ayant présenté un abcès sous-hépatique, en apparence primitif, mais dû en réalité à une douve du foie, sans aucun autre germe associé. Cet abcès a évolué sans phase d'infection générale antérieure, en dehors du foie et des voies biliaires, dans la cavité péritonéale, sans qu'il ait été possible de mettre en évidence aucune autre localisation du parasite ni d'œuf dans les matières.

Cette observation confirme les notions actuellement admises sur le mode d'infestation de l'homme par la douve, le parasite traversant la paroi digestive après son absorbtion pour tomber dans la cavité péritonéale et se diriger vers le foie.

A propos de huit cas d'œdème par carence alimentaire. — MM. GUY LAROCHE, E. BOMPARD et J. TRÉMOLIÈRES rapportent huit observations d'œdème par carence alimentaire chez des malades qui, pour des raisons sociales, avaient des rations insuffisantes ou déséquilibrées. Ils signalent la diminution du taux des protides sanguines, l'inversion du rapport S/G, la diminution du cholestérol libre, avec élévation du rapport $\frac{\text{esters du cholestérol}}{\text{cholestérol total}}$. Ils ont noté des associations cliniques avec le béribéri à forme cardiaque et nerveuse et avec le scorbut fruste. Le traitement par les vitamines B et C n'a pas eu d'influence sur l'œdème. Les auteurs se demandent s'il s'agit d'une carence spécifique ou complexe ou plutôt d'un déséquilibre entre les taux vitaminiques et les taux des aliments énergétiques.

Étude étiologique de l'œdème de carence. Enquêtes clinique, biologique, alimentaire du terrain avant l'apparition de l'œdème. — MM. H. GOUNELLE, M. BACHET, Y. RAOUL et J. MARCHE ont eu la possibilité, avant l'éclosion de cas groupés de carence, d'effectuer dans le milieu dans lequel devait éclater, deux semaines plus tard, la maladie, une enquête portant sur la ration alimentaire, l'état clinique et biologique.

Cliniquement, il s'agit de sujets ayant fortement maigri depuis plusieurs mois de 10 à 18 kilos, avec asthénie, troubles digestifs, diarrhée et météorisme, ces derniers s'étant maintenus chez quatre sujets jusqu'à la mort.

Biologiquement, on décèle un état carentiel en vitamine A et C, et des modifications déjà importantes de la protidémie. Si le taux global des protides est sensiblement normal ou plutôt un peu abaissé, la sérine a tendance à être augmentée et la globuline à être basse, ce qui entraîne une ascension jusqu'à 3 et 4 du rapport sérine-globuline.

La ration alimentaire, déterminée par une enquête de quinze jours particulièrement rigoureuse, est défectueuse. Cette déficience porte sur l'apport énergétique total, évalué à 1 436 calories, mais surtout sur une réduction des protides d'origine animale et des lipides, qui s'inscrivent à un taux moyen quotidien de 18 grammes et 22 grammes.

C'est sur un tel terrain que, deux ou trois semaines après, apparaissent de nombreux cas groupés d'œdèmes.

Cytostéatonécrose rétro-péritonéale. — M. P. NICAUD a déjà étudié, en 1936, deux cas de cytostéatonécrose, l'une prémammaire, l'autre épiphoïque. Le nouveau cas est celui d'une tumeur rétro-péritonéale adhérente à la paroi abdominale postérieure gauche et comprimant le côlon. La masse, du volume d'une orange peu mobile, assez dure, occupait une partie de la fosse iliaque gauche remontant jusqu'à un centimètre de l'ombilic. Cette masse était constituée par des nappes de cellules graisseuses, d'abord en voie de saponification et encadrées de cellules de type spongieux. Plus tard domine le processus macrophagique caractérisé par l'apparition d'énormes éléments giganto-cellulaires multinucléés. Plus tardivement encore se montre la réaction de défense conjonctive consécutive à la formation des acides gras et annoncée par les éléments fibro-plasmatiques. On peut toujours retrouver une effraction vasculaire accompagnant la rupture des cellules graisseuses, car un traumatisme précède toujours les accidents.

Les tumeurs macrophagiques sont curables. Une intervention chirurgicale a amené la guérison dans l'observation étudiée.

L'auteur avait déjà rapproché les cas de cytostéatonécrose locale de la cytostéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés.

(A suivre.)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons le décès survenu à Paris, après une courte maladie, du professeur F. Rathery, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de médecine. Membre du Comité de *Paris médical*, il en était depuis de longues années l'un des animateurs.

Nous adressons à Mme F. Rathery, au Dr et à Mme F.-P. Merklen, à M. Michel Rathery et à toute sa famille, l'expression de nos condoléances les plus attristées. — Mlle Andrée-Jeanne-Agnès Bouteille, fille du Dr Bouteille (de Gournay-en-Bray). — Le Dr Even, sénateur. — Le Dr E. de Barrau, de Muratel (Montagnet).

FIANÇAILLES. — Mlle Simone Pascault, avec le Dr Roger-Joannès Boyau. — Mlle Geneviève Louvrard, avec le Dr Henry Roulland.

MARIAGES. — M. Maxime Goury-Laffont, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Jacqueline de Marsillac. — Le Dr Henry du Buit, avec Mlle Marie-Louise Marraud des Grottes.

NAISSANCE. — Le Dr et Mme Le Bigot font part de la naissance de leur fils Guy.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Theil est nommé médecin inspecteur de la Santé (Corrèze).

Mlle le Dr Roubert est affectée en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé (Tarn-et-Garonne).

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Série de travaux pratiques de bactériologie.** — Une série pratique de travaux pratiques de bactériologie aura lieu du 22 au 30 septembre 1941.

Cette série est ouverte gratuitement aux étudiants qui rentrent après démobilisation et qui n'ont pu suivre une des séries régulières.

Dans la limite des places disponibles pourront s'inscrire les étudiants dont les travaux pratiques réguliers n'ont pas été validés (150 francs la série).

Conditions d'admission des étudiants juifs pour l'année scolaire 1941-1942. — La loi du 21 juin 1941 stipule que :

Le nombre des étudiants juifs admis à s'inscrire ne peut excéder, pour chaque année d'études, 3 p. 100 des étudiants non juifs inscrits dans l'année correspondante en 1940-1941.

La liste des étudiants juifs admis sera établie par une commission, suivant des directives dont le détail est donné dans la loi.

Les demandes d'inscription doivent être faites au Secrétariat, avant le 15 septembre 1941, dernier délai. Elles devront donner les indications permettant à la commission d'établir la liste d'admis. Le texte complet de la loi sera remis aux intéressés au Secrétariat (guichet no 1).

La liste des étudiants admis à s'inscrire sera arrêtée par la commission au plus tard le 20 octobre et affichée au Secrétariat.

Stages complémentaires de vacances 1941. — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances du 1er août au 15 octobre 1941, dans les services de :

M. le professeur Fiessinger, à l'Hôtel-Dieu ;

M. le professeur Mondor, à l'Hôtel-Dieu ;

M. le Dr Lelong, aux Enfants-Malades.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront se présenter au Secrétariat (guichet no 5), avant le 25 juillet 1941.

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

Laboratoire de recherches contre la stérilité involontaire. — Un Service de Laboratoire et de Recherches vient d'être organisé pour lutter contre la stérilité involontaire.

Ce service fonctionne actuellement à l'École de Puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune (XIVe), sous la direction des Drs Lacomme, agrégé pour la partie clinique, et Jayle, agrégé pour la partie laboratoire.

Tous renseignements complémentaires utiles doivent être demandés au siège même de l'établissement.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AIX-MARSEILLE. — La chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille ;

La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille ;

La chaire de thérapeutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille ;

Sont déclarées vacantes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Richon, professeur, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite pour ancienneté d'âge. M. Richon est maintenu en fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — La chaire de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication de ces arrêtés, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Concours de médecin de l'assistance médicale. — A la suite du concours, viennent d'être reçus : MM. Netter, Dreyfus, Vial, Rœser, Raynaud, Gautier, Mme Gautier, Mlle Vanhulle, MM. Doher, Klein.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Pendant les mois d'août et de septembre, l'Académie se réunira le 1er et le 3e mardi de chaque mois.

Prix de l'Académie de chirurgie à décerner en 1941. — L'Académie se propose, cette année, de décerner les prix suivants :

Prix Duval-Marjolin (annuel : 300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1941.

Prix Édouard-Laborie (annuel : 1 200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil (annuel : 400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Jules-Hennequin (bisannuel : 1 500 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain. Ce prix ne peut être partagé.

Prix Ricord (bisannuel : 300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Prix Aimé-Guinard (triennal : 1 000 francs). — Au

NOUVELLES *(Suite)*

meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des hôpitaux de Paris, pendant qu'il sera en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Prix des Élèves du Dr Eugène Rochard (triennal : 10 000 francs). — A l'auteur, interne ou ancien interne des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, au meilleur travail inédit ou paru, dans les trois dernières années, sur un sujet de chirurgie générale.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au Secrétaire général de l'Académie de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1941.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Officier* : M. Armand Luquet, médecin-commandant au 94e R. I. ; M. le Dr Lemaire, médecin chef de l'hôpital de Dunkerque.

Chevalier : M. Paul Filippi, médecin-capitaine au 224e régiment d'artillerie lourde ; M. Pierre Delarue, vétérinaire, lieutenant au centre hippique de transition 44-24 ; M. Pierre-Emmanuel-Eugène Marlette, médecin-capitaine.

MÉDAILLE MILITAIRE. — M. André Guillon, pharmacien auxiliaire au groupe sanitaire divisionnaire, n° 132.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Désignation d'un médecin titulaire pour la vérification des causes de décès avant incinération. — M. Georges Vincant, 11, avenue d'Italie, Paris, a été désigné, comme médecin titulaire, pour effectuer les constatations et établir les certificats exigés par le décret du 15 mars 1928 (art. 15) relatifs à la vérification des causes de décès avant incinération dans les 1er, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 13e, 14e, 15e et 16e arrondissements (2e circonscription).

Office du sport scolaire. — Sont nommés vice-présidents de l'Office du sport scolaire :

M. le Dr Ferrand, président du Bordeaux-Etudiants-Club ;

M. le Dr Chailley-Bert, président du Paris-Université-Club, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Avis pour les taxis médicaux. — Dorénavant, les postes d'appel de l'Hôtel-Dieu, Maison Dubois, Necker, sont supprimés.

A partir du 15 juillet, seul le poste de Marmottan subsiste. Il centralisera toutes les demandes.

L'emblème de la Croix-Rouge et les véhicules des médecins. — Le Conseil international de la Croix-Rouge rappelle à tous les médecins qu'ils n'ont pas le droit d'apposer sur leurs véhicules automobiles l'emblème de la Croix-Rouge. Seuls, les voitures du service de santé militaire ou les véhicules de la Croix-Rouge française sont autorisés à porter cet emblème.

Le Conseil de l'Ordre demande à tous les médecins de se conformer à cette décision, afin de ne pas s'exposer aux poursuites judiciaires que la Croix-Rouge pourrait leur intenter.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique de la tuberculose. — Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. JEAN TROISIER ; assistants : M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. Brouet, agrégé.

Cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires (27 octobre au 2 décembre 1941).

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques et sociales concernant la tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques seront organisés dans le service.

Les leçons auront lieu l'après-midi, de 16 heures à 17 heures et de 17 heures à 18 heures, à la salle des conférences de la Clinique de la tuberculose. Le programme détaillé sera indiqué ultérieurement.

Droits d'inscription : 300 francs.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la tuberculose (tous les matins, de 10 heures à midi), 42, rue de Sèvres (professeur agrégé Brouet) et au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose (3 décembre-16 décembre 1941).

Droits d'inscription : 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la tuberculose (tous les matins, de 10 heures à midi), 42, rue de Sèvres (Dr Brocard) et au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

(Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 700 francs seulement.)

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 2 *Juillet*. — M. GIUDICELLI-BOUSQUET, Contribution à l'étude du traitement du pied plat de l'enfant et de l'adolescent par la gymnastique. — M. RABOURDIN, Les os pagétoïdes. Essai clinique et pathogénique. — M. LEBLANC, De la tuberculose pleuro-pulmonaire des Noirs récemment importés en France. — Mme DESTOUCHES, Le rôle de la chirurgie dans le traitement des hypertensions artérielles malignes. — Mme BOY-COQUEBLIN, La bronchoscopie dans les hémoptysies sans cause apparente. — Mme HARDRÉ DE LOOZE, Sur un cas de diabète traumatique. — M. HORNER, Contribution à l'étude du rhumatisme allergique. — M. COTILLON, Les invaginations appendiculaires. — M. GANDRILLE, Les hémorragies digestives post-opératoires. — Mlle POINCET, A propos de deux cas d'hypertension artérielle syphilitique. — M. ROGER, Le monocyte. Etude morphologique. — M. BILLARD, Contribution à l'étude des fractures du col du fémur.

3 *Juillet*. — Mme GUILLOT-RONEZ, Les enseignements de la malariathérapie dans l'étude du paludisme anophélien. — Mme CHARDAC, Histoire de la suette miliaire en Poitou. — Mme TILLEQUIN, Contribution à l'étude de la syphilis inoculée par transfusion sanguine. — Mme LE GUILLOU, Contribution à l'étude des acrodermites continues d'Hallopeau. — Mme MARCILLE, Le mucus cervical normal et pathologique. — M. LE ROY, Contribution à l'étude du traitement des fistules stercorales et anus contre nature et plus spécialement de leur fermeture par un procédé extra-péritonéal. — M. DE MIROSCHEDJI, La cystostomie continente. — M. CHOPARD, Contribution à l'étude des donneurs universels dangereux. — M. HELLER, Les rapports entre l'Ordre des médecins et l'Etat. — M. PHILIPPE, Essai de démembrement de certains faits groupés sous e nom de paralysies infantiles. — M. SOUFFRIN, Trachéotomie, Trachéostomie.

THÈSE VÉTÉRINAIRE. — 2 *Juillet*. — M. BOUJU, Essais de sélection des races françaises de carpes.

LES NOUVEAUX ACADÉMICIENS

LE PROFESSEUR RENÉ FABRE

L'Académie de médecine vient, par un vote quasi unanime, d'élire dans la section de pharmacie le professeur René Fabre.

Une extraordinaire puissance de travail a permis à ce fils de ses œuvres de franchir sans difficulté toutes les étapes d'une carrière universitaire et hospitalière brillante, comme elle lui permet d'accomplir sans effort apparent une multiple besogne qui semblerait lourde à bien des épaules.

Professeur de toxicologie à la Faculté de pharmacie, René Fabre s'est, avant tout, comme il se doit, adonné à la toxicologie. Elle est la base de son enseignement oral et écrit ; elle a inspiré une grande partie de ses recherches personnelles et de celles de ses nombreux élèves.

Sous son impulsion sont nées de nouvelles méthodes de détection et de dosage de substances toxiques ou médicamenteuses : pour les établir il a fait appel non seulement aux ressources de la chimie, mais encore à celles de la biologie et surtout de la physique : fluorescence (dans le cas des alcaloïdes) ; spectrographie (métaux) ; absorption ultraviolette ; électrodialyse.

La toxicologie moderne a reçu le souffle animateur de la biologie. Elle ne borne plus ses ambitions à identifier les produits extraits des organes et tissus privés de vie : elle entend suivre dans l'organisme vivant le sort de ces produits, montrer leur localisation plus ou moins élective, établir enfin les conditions de leur élimination. Et de ce point de vue R. Fabre fait vraiment figure d'initiateur et de chef d'école. On sait avec quel succès il s'est, avec ses élèves, intéressé notamment à la localisation dans les glandes endocrines, dans le sang, de tant d'alcaloïdes, d'anesthésiques généraux, d'hypnotiques, de substances minérales les plus diverses ; à leur passage par la voie placentaire ; à leur élimination par les voies urinaire et salivaire. Rappelons, à titre d'exemple, qu'on lui doit une méthode de dosage de l'alcool dans la salive qui peut rendre les meilleurs services.

Le nombre toujours plus élevé des composés toxiques que l'on manipule ou qui se forment accidentellement dans les usines les plus variées devait donner à la toxicologie industrielle un essor considérable. R. Fabre s'y est depuis longtemps intéressé ; il est depuis plusieurs années déjà membre du Conseil d'administration et professeur de toxicologie industrielle à l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail de la Faculté de médecine de Paris. Membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, il vient d'être nommé membre du Conseil d'hygiène de la Seine.

Ce toxicologue, cet hygiéniste est un biologiste averti : on lui doit de belles recherches sur la destinée des graisses dans l'organisme, sur l'hémolyse par photosensibilisation, sur le pouvoir oxydoréducteur des tissus. Tous ceux qui s'intéressent à la chimie biologique savent avec quel dévouement il remplit les fonctions de secrétaire général et de rédacteur en chef du *Bulletin de la Société de chimie biologique*.

René Fabre est pharmacien des hôpitaux et l'on peut penser que c'est son contact journalier à l'hôpital avec les médecins et les chirurgiens (il est membre associé de l'Académie de chirurgie) qui l'a incité à résoudre les plus passionnants des problèmes : ceux qui ont directement trait à l'art de guérir.

Cet homme de laboratoire sait abandonner ses recherches pour aller répandre la bonne parole en province et à l'étranger. Dévoué à la cause publique, il fait partie de multiples commissions. Conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique et chargé de la Direction générale du laboratoire de Contrôle de chimie, biologie et microbiologie de ce ministère et de l'Académie de médecine, il est depuis longtemps déjà un bon serviteur de l'Académie. Celle-ci a su reconnaître aussi en lui un bon serviteur de la science et du pays

RENÉ HAZARD.

VARIÉTÉS

LA FAMILLE DANS LES SÉRIES ANIMALES [1]

par Paul CARNOT

(*Suite.*)

MAMMIFÈRES.

Nous en arrivons, maintenant, à l'étude de la famille chez les Mammifères, classe la plus évoluée, à laquelle nous appartenons et chez qui, par conséquent, vont se trouver, entre géniteurs et progéniture, des groupements de plus en plus proches des nôtres.

Les Mammifères étant des animaux homéothermes à sang chaud, leur développement embryonnaire exige une température élevée et constante : à l'inverse des Oiseaux ovipares (où la chaleur d'incubation est due au couvage des œufs), elle est assurée, chez les Mammifères vivipares, par la nidification de l'ovule fécondé dans les oviductes de la mère, en une première phase de *gestation interne* ou de *prégnance*.

A la naissance, le jeune, incomplètement développé, reste encore protégé, réchauffé, allaité par la mère en une sorte de *gestation externe* (qui, chez les Marsupiaux, se fait dans une poche incubatrice ventrale).

Enfin, après le sevrage, il sera encore défendu et, nourri par la mère, seule le plus souvent, et parfois par le couple géniteur resté uni auprès de lui, jusqu'à ce qu'il puisse vivre isolé. A ce moment, le groupe familial se disloquera le plus souvent ; les jeunes, encore impubères, vivront, seuls ou en bandes, jusqu'à l'âge adulte où, comme les parents, ils recommenceront de nouveaux cycles familiaux.

La période d'activité sexuelle, entre la puberté et la régression sénile, ne représente donc qu'une partie de l'existence. Elle est constituée par une succession de phases œstrales, à ondes plus ou moins courtes, qui correspondent chacune à une maturation gamétique, à une ponte ovulaire, notamment chez les femelles. Chacune de ces phases œstrales est réglée et harmonisée par les hormones gonadiques et préhypophysaires.

Lorsque l'œstrus conduit à la fécondation, les hormones œstrogènes, telles que la folliculine, sont inhibées par les hormones de gestation, telles que la progestérone : les cycles œstraux se suspendent, ainsi, pendant la prégnance et l'allaitement : puis ils recommencent lorsque la mère redevient disponible pour de nouvelles gestations.

Nous aurons maintes fois, dans ce livre, à revenir sur ces processus endocriniens de régulation génératrice, si admirablement décrits en ces dernières années, tant ils ont d'importance primordiale pour la Biologie et la Pathologie de la Famille.

Chez les Mammifères les plus prolifiques, tels que les Muridés, chaque cycle œstral est très court et l'attraction intersexuelle, accompagnant la ponte ovulaire, revient tous les deux ou trois jours, de façon presque permanente par conséquent : la gestation est courte (vingt jours chez la souris) et il y a cinq à sept portées de quatre à huit petits.

Chez le plus grand nombre des Mammifères, le rut est annuel et revient, d'habitude, à une époque telle qu'après le temps, variable, de gestation la naissance des jeunes a lieu au printemps (qui est pour eux l'époque la meilleure). Par exemple, chez le Renne, où la gestation est de sept mois et demi, le rut a lieu en septembre et les naissances se produisent à la fin d'avril. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi : l'Ours, notamment, a son rut en mai-juin et met bas après cent douze jours, en janvier, à une époque très défavorable pour le jeune ourson.

Chez nombre de Singes, chez les diverses Races humaines, la ponte ovulaire survient tous les vingt-huit jours. Chez d'autres, il y a, par an, plusieurs saisons successives de chaleurs (deux chez la Biche par exemple) rythmées d'habitude par deux gestations. Chez d'autres, par contre, les temps de prégnance et de lactation dépassent l'année (vingt-deux mois de prégnance chez l'Éléphant) : il ne peut donc y avoir deux portées qu'à plus d'une année d'intervalle.

Enfin, chez certains animaux, le rut et la maturité gamétique ont lieu toute l'année : il en est ainsi chez des races domestiquées et dans les pays chauds, où l'influence saisonnière a un moindre rôle.

Parfois, comme chez la Chèvre, il y a double périodicité annuelle chez la femelle, alors que le Bouc est apte toute l'année à la reproduction.

Inversement, on a dit que la Chamelle passe par une série continue de cycles œstraux, en sorte qu'elle peut concevoir toute l'année, tandis que le mâle n'a qu'une courte période de rut (Major Flower, cité par Zuckermann).

On sait que l'Homme a été défini comme un

(1) Extrait d'un livre, en préparation, sur la Biologie et la Pathologie de la Famille : voy. *Paris médical*, nos des 10 et 30 mai, 10 et 30 juin 1941.

VARIÉTÉS *(Suite)*

animal qui fait l'amour en tout temps... Il est donc prêt pour la fécondation, quelle que soit la date mensuelle de ponte ovulaire de la femme. Les naissances s'échelonnent ainsi sur toute l'année.

Comment se fait le synchronisme de l'appel sexuel (et de la maturité gamétique) à la fois chez le mâle et chez la femelle ? Le fait est capital pour la fécondation :

Chez certains Mammifères, le rut saisonnier se déclenche d'abord chez le mâle, alors que, parfois, la femelle n'est pas encore à l'état de maturité gamétique.

Il en est ainsi, par exemple, chez certaines espèces à *ovulation provoquée*, telles que la Lapine, la Chatte, le Furet. On a vu, en effet, expérimentalement, qu'une copulation, même non fécondante (effectuée, par exemple, par des mâles à canaux déférents liés), provoque balistiquement la rupture folliculaire et la mise en liberté des hormones œstrogènes.

Chez la plupart des femelles, l'œstrus est, au contraire, primitif : l'*ovulation spontanée* est, alors, due à la maturation histologique normale du follicule, dont la déhiscence, libératrice de folliculine, déclenche le rut.

Pour que le mâle réponde au rut femelle, il faut : ou bien qu'il soit en état constant de maturité gamétique (comme le Bouc, apte en tout temps à la monte); ou bien que les gamètes mâles conservent longtemps leur activité, soit dans les vésicules séminales, soit dans les oviductes ; ou encore, que, par un processus hormono-psychique, le rut de la femelle déclenche, à son tour, le rut du mâle.

Par l'un ou l'autre de ces processus se produit, entre les maturités de l'ovule et du spermatozoïde, un synchronisme indispensable à la fusion des deux gamètes mûrs.

Nous passerons, maintenant, en revue quelques exemples divers d'évolution œstrale et reproductrice chez plusieurs catégories de Mammifères où les groupements familiaux seront, de ce fait, assez différents.

Nous prendrons, pour premier exemple, certains Mammifères très prolifiques, chez qui la reproduction accélérée, avec portées fréquentes et nombreuses, rend les relations familiales très courtes et les réduisent à un minimum.

Tel est le cas chez certains *Rongeurs*, notamment chez les *Muridés* :

Le *Campagnol* (*Microtus arvalis*) se reproduit, on le sait, avec une telle prolificité qu'il est un grand ennemi de nos récoltes. Il est, en effet, pubère dès l'âge d'un mois et demi ; ses phases œstrales, avec pontes ovulaires, se succèdent à ondes très courtes, (tous les trois jours), jusqu'à ce qu'il y ait fécondation et prégnance ; la durée de la gestation est de vingt jours seulement ; l'allaitement ne dure que quelques jours ; aussitôt après, le rythme de ponte ovulaire reprend. Toute la phase reproductrice n'excède guère un mois et quatre à cinq portées se succèdent sans interruption pendant la belle saison. Comme chacune comprend quatre à cinq petits (qui, eux-mêmes, se reproduisent au même rythme accéléré), la multiplication de ce rongeur devient, dans nos campagnes, un véritable fléau. Le rôle du mâle est, ici, uniquement fécondant ; celui de la femelle est très court, sa protection ne durant que quelques jours et se partageant entre de nombreux petits.

Il en est de même pour la *Souris* (*Mus musculus*), dont le cycle œstral est de deux jours, la gestation de vingt et un jours, et qui, dans nos élevages de laboratoire (à la condition, indispensable, d'être bien nourrie et bien chauffée), a cinq à six portées successives de quatre à huit souriceaux chacune. Les petits souriceaux naissent, il est vrai, peu développés, après une prégnance aussi courte : ils sont très petits, tout rouges, sans poils, les yeux non encore ouverts ; mais, à sept ou huit jours, les poils apparaissent ; à treize jours, les yeux s'ouvrent : ils restent encore quelques jours dans le nid, chauffés et allaités ; mais, bientôt, ils peuvent eux-mêmes chercher leur nourriture. La mère, qui les soigne avec tendresse pendant une quinzaine de jours, est bientôt accaparée par la reprise des cycles œstraux, qui la conduisent à une nouvelle gestation.

Même prolificité pour le *Rat Surmulot* (*Mus decumanus*), qui a envahi des contrées entières en se substituant au rat noir, en raison de son extrême fécondité.

Le *Lemming du Nord* (*Lemmus lemmus*) se reproduit si vite qu'il doit émigrer en bandes énormes (très irrégulièrement, d'ailleurs), avec un déchet très important.

Le *Hamster* (*Cricetus frumentarius*), rongeur assez gros de 33 centimètres de long, est, lui aussi, extrêmement prolifique : il crible les champs de terriers, de caveaux à provisions, de chambres de repos, avec des galeries s'enfonçant à 1 et 2 mètres de profondeur. A la fin d'avril, moment du rut, il s'engage parfois, entre mâles, de terribles combats. Le

VARIÉTÉS *(Suite)*

mâle vainqueur visite la femelle dans sa chambre. Mais, aussitôt après l'accouplement, les deux conjoints font chambre à part et redeviennent aussi étrangers l'un à l'autre qu'auparavant : chacun a son terrier, où il accumule des provisions. Quatre à cinq semaines après, la femelle met bas six à huit petits. Elle a, au moins, deux portées par an, dont la première en mai. Les petits naissent nus et aveugles, mais avec des dents ; leurs poils poussent dès le deuxième jour ; leurs yeux s'ouvrent au huitième jour. La mère les soigne tendrement. D'ailleurs, dit Brehm, elle soigne, avec tout autant de dévouement, d'autres nourrissons qu'on lui confie... Mais cet amour maternel ne dure que le court temps nécessité par la faiblesse congénitale des petits.

Parmi les Rongeurs prolifiques, nous citerons encore le *Lapin de garenne* (*Lepus cuniculus*) qui, par sa multiplication, fait de tels ravages dans les campagnes qu'on a le droit de le chasser en toutes saisons. En Australie, les dégâts causés ont été tels que Pasteur fut sollicité de fournir un virus épidémique capable de le détruire.

Dans nos bois, le lapin de garenne vit dans des terriers assez simples, avec un donjon profond et un labyrinthe de couloirs qui se croisent et s'ouvrent au dehors. Chaque couple habite son terrier, sans y souffrir d'étrangers. Cependant les couloirs de plusieurs familles s'entrelacent parfois. Il y a, d'ailleurs, entre les membres d'une même tribu de lapins, des relations étroites de groupe : en cas de danger, le signal d'alarme est donné pour tout le village, et, si quelques jeunes n'y obéissent pas, les vieux frappent le sol de leurs pattes de derrière et vont même les chercher.

Le rut commence en février ou mars. Le mâle et la femelle vivent longtemps ensemble, fidèles l'un à l'autre, sans qu'ils soient vraiment monogames : « Tant que la femelle reste auprès de lui, dit de Winckell, le mâle ne la quitte pas, lui témoigne de l'affection ; mais jamais son amour n'est assez importun pour la poursuivre quand elle se retire. »

Comme la hase, la lapine porte trente jours et s'accouple à nouveau dès qu'elle a mis bas ; elle a trois à cinq portées de quatre à douze petits. Aussi a-t-elle une nombreuse progéniture en une seule année. La mère creuse un terrier avant de mettre bas, en pleine terre, tantôt droit, le plus souvent coudé, dont le fond, évasé et circulaire, est garni d'une couche d'herbes sèches, au-dessus de laquelle elle met un duvet de poils qu'elle s'arrache du ventre. A la mise bas, elle dépose ses petits sur ce lit moelleux et, après avoir donné son premier lait, elle s'en va boucher l'entrée du terrier avec la terre du remblai, qu'elle tasse avec ses pieds et en se vautrant dessus ; tant que les petits ont les paupières closes, l'entrée du nid est fermée ; quand ils commencent à voir, la mère y ménage une ouverture qu'elle agrandit ensuite.

L'allaitement est à peu près de vingt jours. Il semble que la mère ne se rende à son nid pour la tétée que de très bonne heure. On a dit qu'elle cachait ses petits pour les soustraire à la dent du père ; mais il ne le semble pas : le père, au contraire, les reconnaît, les prend entre ses pattes, leur lèche les yeux, leur lustre le poil, les instruit, avec la mère, à chercher leur nourriture et partage, également entre tous, ses caresses et ses soins.

Buffon rapporte l'histoire d'un grand-père-lapin facile à reconnaître à cause de sa blancheur et qui était le seul mâle conservé dans les terriers : la famille avait beau s'augmenter, ceux qui devenaient pères à leur tour lui étaient toujours subordonnés : dès qu'ils se battaient, pour la nourriture ou pour des femelles, le grand-père accourait et tout rentrait dans l'ordre : s'il en attrapait quelques-uns aux prises, il les séparait et en faisait sur-le-champ un exemple de punition...

La prolificité du lapin, calculée par Lage de Chaillou, de la Rue et de Cherville, a été estimée (en admettant tous les mois une portée de quatre petits, engendrés à partir du quatrième mois) à une population de 1 848 lapins issue d'un seul couple en un an...

Pennet a calculé qu'une paire de lapins, avec sept portées de huit petits par an, produirait en quatre ans plus d'un million d'individus ! Mais il y a les carnassiers, les microbes... et l'homme... !

Le lapin d'élevage, en captivité, a certainement une prolificité beaucoup moindre et il est victime de fréquentes épidémies dans les terriers. Au laboratoire, il est même assez difficile à élever et les portées échouent souvent.

En captivité, parfois, les pères mangent les petits et on doit les séparer. Les femelles captives, elles aussi, mangent parfois leurs petits et, quand elles ont commencé, elles les mangent à chaque portée. On est obligé, alors, d'isoler ou de tuer ces mères infanticides : sans quoi, les autres mères suivent leur exemple et aucun élevage n'est plus possible

VARIÉTÉS *(Suite)*

Nous reviendrons, plus tard, sur ces infanticides endémiques (qu'on observe aussi chez les souris et les rats), qui donnent la possibilité d'étudier, expérimentalement, les déviations antisociales de la maternité. D'après ce que nous avons cru observer, il s'agit là, en partie, de phénomènes d'avitaminose portant sur les vitamines de reproduction et liés au régime. Mais la contagion mentale n'en est pas moins évidente et son étude est d'un grand intérêt social. Il en est de même pour certaines stérilités chez les animaux en captivité, autre face des réactions antisociales d'ordre familial.

Ces anomalies s'expliquent aussi par la promiscuité qui, en entassant un grand nombre de mâles et de femelles, changent entièrement les relations sexuelles et parentales. Il semble, d'ailleurs (par quelques expériences suggestives sur lesquelles nous reviendrons plus tard), que le surpeuplement ait une influence empêchante sur la fécondité, une sorte d'équilibre régulateur (dont le processus est encore mal connu) s'établissant alors entre l'espace disponible, la nourriture et le nombre des jeunes.

Aussi l'observation de la vie familiale des Mammifères, si facile en apparence dans les élevages de ferme ou de laboratoire comme dans les ménageries, n'est-elle valable qu'après confrontation avec celle des animaux en liberté.

Ces considérations valent, notamment, pour les animaux de la ferme, dont on dirige zootechniquement la reproduction et qui nous fournissent des données, très précises, sur les groupements familiaux.

Le *Mouton (Ovis domesticus)* de nos fermes a une puberté précoce. La brebis se reproduit, en effet, dès l'âge d'un an et le bélier à partir de quinze mois. Le rut commence en mars et dure tout l'été. La gestation est de cent cinquante jours (cinq mois). Les portées ne comportent qu'un seul agneau, exceptionnellement deux. Il y a deux portées dans les pays chauds.

Le bélier reste mêlé à tout le troupeau de brebis, qu'il saille tour à tour. Mais, à la tête de son harem, il ne s'occupe pas des agneaux engendrés par lui.

La brebis domestique, elle-même, paraît indifférente envers ses petits et on peut les lui enlever sans l'émouvoir. Mais cette indifférence maternelle est le fait de la captivité et de la domestication. Car, chez les races sauvages, où le mouton a conservé sa vivacité et son intelligence, la brebis manifeste, au contraire, un vif amour pour ses petits, qu'elle défend, au besoin, avec courage.

La *Chèvre (Hircus domesticus)* est moins dégradée au point de vue intellectuel et conserve une partie de sa personnalité familiale.

Elle peut se reproduire très précocement, dès l'âge de six mois. Elle est en chaleur de septembre à novembre et une seconde fois en mars, bêlant alors en remuant la queue, tombant malade si on ne la livre pas au bouc. Le bouc est en rut permanent toute l'année : il pourrait suffire à cent chèvres...

La gestation est de cent cinquante jours. Il y a, d'habitude, par portée, un ou deux petits qui, dès la naissance, se dressent et cherchent le pis de la mère, qui courent dès le lendemain et suivent leur mère dès le quatrième jour. Le tableau familial de la chèvre et de ses chevreaux est fort gracieux ; mais l'amour maternel ne dure que peu de temps, jusqu'à la gestation suivante.

Le *Bœuf (Bos Taurus)* est apte à se reproduire de trois à huit ans. La vache entre en chaleur à des époques variables : on s'en aperçoit à son air inquiet et obsédé, à son indifférence pour la nourriture, à son meuglement particulier. Ce rut, éphémère et qui ne dure parfois qu'une demi-journée, revient peu après s'il n'est pas satisfait. Conduite au taureau et fécondée, la vache porte 285 jours (neuf mois et demi), mais ce temps de gestation pourra être nettement plus long. Le petit veau se tient debout, et prend le pis dès sa naissance et, bientôt, suit sa mère. Celle-ci le soigne, le lèche, le nettoie, l'allaite, le défend en cas de danger. Mais, ici encore, la domesticité atténue beaucoup l'amour maternel et c'est, le plus souvent, avec indifférence que, dans nos étables, elle assiste à son enlèvement ou à la substitution d'un autre veau, préoccupée surtout de l'évacuation du lait qui la gêne.

Le *Cheval (Equus Caballus)* se reproduit, la jument à partir de trois ans, l'étalon après quatre ans. Dans les haras, on lui fait faire, alors, une saillie par jour, avec repos hebdomadaire ; la monte dure trois mois environ, d'avril à juillet ; à sept ans, un étalon suffit pour cinquante à cent juments.

La gestation maternelle varie de dix mois et demi à douze mois. Le poulain naît bien développé, les yeux ouverts, couvert de poils, pouvant se tenir debout, marchant même après

VARIÉTÉS *(Suite)*

quelques minutes et suivant la mère dès la deuxième semaine. D'habitude, on le laisse téter pendant cinq à six mois : il joue, alors, en liberté auprès de la mère. Une jument suitée est, aussi, un très joli spectacle familial.

Si, en domesticité, la jument n'a pas à manifester de préférence pour le choix du mâle qu'on lui impose, cependant on sait qu'elle a une vive répugnance pour l'accouplement avec un baudet : dans les pays muletiers, on doit lui montrer, d'abord, un beau cheval ; puis on lui bande les yeux avant de la livrer au baudet.

Dans les grands troupeaux sauvages de chevaux, les mâles sont polygames. Ils montrent, s'ils sont attaqués, un grand courage : ils entourent les poulains pour les protéger, ou les font fuir devant eux. La famille y est purement matriarcale.

L'*Ane (E. asinus)* se reproduit à partir de deux ans ; il est en rut à la fin du printemps, et toute l'année dans les pays chauds : il manifeste son excitation par d'interminables braiments, fort agaçants, mais auxquels les femelles ne sont pas insensibles. La portée est de 290 jours, avec un seul petit d'habitude.

L'ânon naît bien développé, les yeux ouverts. Il tette une demi-heure après sa naissance. Il peut être sevré à cinq ou six mois. Mais la séparation de la mère et du petit est souvent pénible : tous deux résistent, crient, s'inquiètent. L'ânesse défend son ânon avec courage et se sacrifie pour lui.

Le *Chameau (Camelus dromedarius)* a un rut qui dure huit à dix semaines, de janvier à mars : il est, alors, dangereux, hurle, mord, perd l'appétit, grince des dents, se livre à des combats terribles, ne supportant pas de rivaux dans son troupeau ; il est tout particulièrement horrible à voir à ce moment, sa poche buccale, rouge, se vidant et se gonflant avec les mouvements respiratoires. Un chameau mâle suffit à six ou huit femelles. La chamelle porte onze ou treize mois, met au jour un seul petit, assez gentil d'aspect, qui naît les yeux ouverts, couvert de poils longs et laineux. Il suit avec amour sa mère qui l'allaite, le soigne, le défend avec courage. Les Arabes le sèvrent, d'habitude, à un an, mais avec difficulté, en entourant le pis d'un réseau de pointes ; longtemps encore, le petit suit sa mère en trottinant près d'elle.

Le *Renne (Rangifer tarandus)* vit en troupeaux demi-sauvages. Il entre en rut à la fin de septembre, pousse alors de grands cris et combat violemment ses rivaux, leurs ramures restant parfois liées des heures entières.

Vis-à-vis de la femelle, au contraire, il se montre doux, caressant : il la promène, la lèche, entr'ouvre et ferme ses lèvres comme pour un baiser, abaisse son arrière-train...

Lorsque la femelle est fécondée, elle se sépare du troupeau en compagnie du mâle et erre avec lui jusqu'à l'époque de la mise-bas. Le couple reste encore uni lors de l'allaitement. La femelle porte trente semaines environ (quatre mois et demi) et a un seul faon par portée. Celui-ci naît déjà bien développé et suit ses parents. On rencontre souvent, alors, une famille de rennes, composée d'un mâle, d'une femelle et d'un faon. Plus tard seulement, le ménage se disloque, chacun, parents et enfant, se joignant à de grands troupeaux, parfois différents pour les uns et les autres.

Ces grandes bandes se composent, pendant la longue période de repos sexuel, des mâles, des femelles, indifférents les uns aux autres, des jeunes impubères, sous la conduite d'un ancien (mâle le plus souvent, parfois femelle), qui veille avec l'autorité et la sollicitude d'un chef, conduit la bande lors de ses migrations, tâche d'éviter les dangers et, si besoin est, se dévoue en venant seul parfois au secours d'un jeune ou d'un blessé de sa bande.

Le *Cerf (Cervus elaphus)* a été particulièrement bien observé, depuis les temps les plus reculés, par des générations de chasseurs fanatiques. Il vit en forêt, en troupeaux plus ou moins nombreux. Les biches, les faons et les daguets restent ensemble ; les mâles plus âgés forment parfois de petites troupes isolées, les vieux mâles vivant solitaires.

Voici l'intéressante description du cycle reproducteur telle qu'elle est donnée par Dietrich de Winckell :

La saison du rut commence en septembre et finit à la mi-octobre. Le cerf adulte retourne toujours à l'endroit où il a été en rut la première fois : ce sont les *places de rut*.

Les biches s'y rendent par petits troupeaux, de six à douze, en se cachant par coquetterie.

Le cerf trotte le nez à terre, flaire les femelles et, si des daguets ou de jeunes mâles se trouvent avec elles, il les chasse ; il devient ainsi, par domination, le maître unique du troupeau : aucune femelle ne peut s'écarter, même d'une trentaine de pas. La forêt retentit des cris du cerf en rut ; d'autres mâles arrivent, résolus à tout braver pour conquérir

VARIÉTÉS *(Suite)*

les femelles ; mais le cerf se précipite, les yeux brillants de jalousie. Un combat terrible se livre qui pourra se terminer par la mort d'un des combattants, parfois des deux : ils se précipitent ; la forêt retentit du choc de leurs bois ; de l'andouiller d'œil, ils se font des blessures ; les bois, parfois, ne peuvent plus se démêler et les deux rivaux sont ainsi rivés jusqu'à la mort... La lutte est souvent longue ; épuisé, le vaincu se retire et l'amour des biches est le prix de la victoire. Mais, ajoute Dietrich de Winckell, la biche n'est pas un modèle de fidélité, et de jeunes cerfs profitent parfois de la bataille pour escamoter, en quelques instants, le droit du vainqueur...

La biche porte de quarante à quarante et une semaines (neuf mois et demi) et met bas à la fin de mai ou en juin.

Elle a un faon par portée, rarement deux. Au moment de la mise bas, elle se cache dans les fourrées : car les faons sont faibles pendant les trois premiers jours, ne peuvent bouger et se laisseraient prendre à la main. La mère les quitte peu et ne s'éloigne, alors, que pour détourner l'ennemi et l'attirer sur elle. Mais, après une semaine, le faon sait se dérober et se cacher dès que la mère le prévient du danger par un cri ou en frappant fortement le sol de ses pieds de devant. Le faon tette jusqu'à la saison du rut suivant ; mais il a appris, de sa mère, à chercher sa nourriture en forêt et peut se passer d'elle.

La jeune biche est adulte à trois ans ; le mâle, au contraire, doit être plus âgé pour s'imposer aux biches.

La *Girafe d'Afrique* (*Giraffa camelopardalis*) a été principalement étudiée dans les ménageries. En liberté, elle vit en petites troupes de six à huit individus (ou bien davantage dans les endroits dangereux). L'accouplement a lieu en mars-avril. La durée de la gestation est de quatorze mois et demi environ (431 jours). A la mise bas, la petite girafe cherche sa mère et court déjà dix heures après sa naissance.

En captivité, tout au moins, la mère paraît indifférente et l'on doit confier parfois le petit à une vache ou l'élever au biberon. Elle mange des herbes à trois semaines.

VARIÉTÉS *(Suite)*

L'*Éléphant (Elephas africanus,* ou *indicus)* en liberté fait partie d'une famille qui s'agglutine en bandes plus nombreuses, pouvant réunir dix, cinquante et même cent éléphants. Aucun intrus n'est admisdans la bande et, s'il en est de perdus ou d'échappés de captivité, ils sont reçus à coups de trompe et de défenses et doivent mener une vie solitaire (ce sont les *gurdahs* ou *rogues* des Hindous, que la solitude rend méchants.)

La bande est sous la conduite d'un vieux mâle (ou d'une vieille femelle) qui les dirige prudemment, veille à la sécurité générale et fait obéir les autres avec discipline.

L'éléphant en rut (de février à octobre) sécrète abondamment un liquide fétide provenant de deux glandes placées derrière les oreilles. Il est alors très agité, souvent même dangereux. L'accouplement se fait après de tendres caresses.

La gestation dure vingt-deux mois passés. Dès sa naissance, le petit rejette sa trompe de côté, prend la mamelle maternelle avec la bouche. Pour certains, la mère n'aurait pas grande affection pour son petit ; pour d'autres, au contraire, elle l'élève avec tendresse. Il est probable qu'ici encore la domestication, la captivité modifient les instincts maternels...

Le jeune croît jusqu'à vingt ans ; il peut se reproduire dès l'âge de seize ans. On admet qu'il vit très vieux (soixante-dix ans ou, même, bien davantage : cent cinquante ans et plus pour certains).

Les *grands Fauves carnassiers* ont été surtout observés dans les ménageries. A l'état sauvage, les renseignements des chasseurs sur leurs relations familiales sont contradictoires.

Le *Lion (Felis Leo)* semble constituer un véritable « ménage », uni pendant tout le temps de l'élevage des jeunes.

D'après Stevenson Hamilton, le lion n'aurait pas de saison de procréation bien définie. Le rut a lieu à des moments variables suivant les contrées, pour que la naissance se produise au printemps local. A ce moment, plusieurs lions se disputent une femelle, et des combats ont lieu ; mais, dès que la femelle a fait son choix, les autres mâles s'en vont. Le ménage se constitue alors, et reste uni très intimement. La gestation est de cent huit à cent dix jours (un peu moins de quatre mois). La lionne met bas deux à trois petits, parfois jusqu'à six. Les lionceaux sont les seuls carnassiers qui naissent les yeux ouverts. Leur taille est celle d'un chat à mi-développement.

L'allaitement par la mère l'occupe presque exclusivement. Elle ne quitte, alors, sa tanière (établie généralement près d'un point d'eau) que pour aller se désaltérer. Le mâle chasse pour elle, lui apporte sa nourriture et celle des lionceaux ; lui-même ne mange que lorsqu'elle est rassasiée.

La mère sèvre ses lionceaux dès qu'ils commencent à chasser ; à la fin de la première année, leur taille est celle d'un grand chien.

L'élevage de la portée est ordinairement de deux à trois mois, parfois du double.

La lionne, entourée de ses lionceaux, représente, paraît-il, un spectacle charmant : elle les lèche, les caresse, suit leurs jeux qui rappellent ceux des petits chats ; doit-elle les abandonner un moment, elle les confie au père, qui s'en occupe et qui sait les défendre avec un dévouement extrême.

Les lionceaux rappellent les petits chats, s'amusent avec des boules, sont souvent très affectueux pour leurs gardiens (Urbain).

Le lion se laisse apprivoiser et l'audace des dompteurs est impressionnante. Déjà, en Orient comme à Rome, des Nubiens parcouraient les rues, en tenant en laisse des couples de lions apprivoisés.

Lacépède raconte l'histoire d'une lionne du Muséum qui vivait avec un jeune chien, l'aimait beaucoup, s'amusait de ses caprices, sensible à ses caresses, attentive à ses besoins, satisfaite quand elle le voyait près d'elle, triste lorsqu'on le lui ôtait quelques moments. Au parc zoologique de Vincennes, Urbain a vu une histoire analogue ; il dit aussi l'affection réciproque de jeunes lions pour une chienne qui les avait élevés ; il rapporte, d'autre part, les scènes de tendresse de lions reconnaissant leurs maîtres, même après de longues années, léchant leurs mains et leur visage avec une joie délirante.

Avec l'âge, cependant, le caractère se modifie et on peut être contraint de s'en débarrasser.

Le *Renard (Vulpes vulpes)* entre en rut pendant quelques semaines, en février ; il y a alors, entre mâles, de terribles combats. Après soixante jours (deux mois), à la fin d'avril, la femelle met bas, dans le « donjon » du terrier qui lui est réservé (cavité ronde et sans issue), de trois à six petits, quelquefois même huit ou neuf. Ils sont aveugles pendant dix à quinze jours. Ils ont une chambre spéciale, une nourricerie, à côté du donjon de la mère. La mère ne vient les trouver que pour leur donner à téter, puis pour leur apporter la pâture dès

VARIÉTÉS *(Suite)*

qu'ils commencent à la déchirer. Le mâle a son appartement particulier dans le terrier principal et, souvent, une ou deux maisons de campagne au dehors (Dupont de Nemours).

La mère, absorbée par ses petits, ne quitte plus son terrier, ne chasse plus, et c'est le mâle qui lui apporte de la nourriture. Plus tard, il chasse avec elle pour nourrir les petits, dont la consommation est grande. Souvent, le renard lance un lièvre et le poursuit, avertissant par ses cris la femelle qui lui coupe le passage : ce n'est jamais qu'avec elle qu'il exécute cette chasse combinée.

Un mois après leur naissance, les petits, dont le pelage est gris roux et laineux, sortent du terrier quand tout est tranquille, se chauffent au soleil, jouent entre eux et avec la mère. Les parents leur apportent des animaux vivants, des souris, de petits oiseaux, des grenouilles, que la mère leur apprend à attraper, à torturer et à dépecer. Au moindre bruit insolite, elle ramène ses petits au terrier.

Si la mère flaire quelque embûche, elle prend un à un ses petits dans sa gueule et va les cacher au fond d'un autre terrier retiré, parfois fort loin. En juillet, les petits accompagnent la mère au loin ou, même, chassent seuls. A la fin de l'automne, ils se séparent de la mère et deviennent indépendants.

En cas de famine, on a vu des renardeaux se manger. Même en captivité, la mère peut manger ses petits.

L'*Ours brun* (*Ursus arctos*) est surtout bien connu à l'état de captivité ou de dressage. Dans les ménageries, il est en rut en mai et juin, pendant un mois. Il s'accouple avec une femelle et il semble qu'il vive en monogamie. Mais, dit Brehm, rien n'est plus faux que l'ours soit un modèle de fidélité : dans une fosse du jardin zoologique de Hambourg, où l'on mit simultanément deux couples, le combat commença aussitôt entre les deux mâles pour la possession, non pas de l'une, mais des deux femelles ; ce combat fut, d'ailleurs, très divertissant, les deux ours s'abordant par quelques coups de patte, puis s'empoignant comme deux lutteurs, la gueule largement ouverte, mais sans se mordre...

VARIÉTÉS *(Suite)*

Il est vrai qu'il s'agissait d'ours en captivité.

La femelle met bas en janvier, époque pourtant très défavorable. (Mais, pour Linné, à l'état sauvage, le rut aurait lieu en octobre et la mise bas en mars, après cent douze jours de gestation.)

Les petits restent aveugles quatre semaines et ne marchent qu'à deux mois. Ils jouent alors et sautent en folâtrant : ils ont des divertissements très comiques, familiers et doux, toujours en mouvement, mais très lourdeaux, impressionnables, indisciplinés. Ils se battent entre eux et la mère est souvent obligée de les séparer à coups de pattes ou de dents (Urbain).

La mère les soigne. Elle leur apprend à marcher, à grimper, à nager, sait les corriger quand ils font des bêtises ou ne répondent pas à son appel. Elle ne les abandonne jamais pendant les premières semaines. Si on les attaque, elle déploie pour les défendre un grand courage (tous les chasseurs d'ours sont d'accord sur ce point).

Un mot des *Cétacés*, mammifères très particuliers, adaptés à la vie aquatique, à forme de poissons, avec des membres antérieurs en rames, et des membres postérieurs atrophiés, noyés dans les chairs. Leur vie familiale est curieuse :

Le *Phoque (Phoca vitulina)*, mâle, est en rut en automne dans le Nord, d'avril à juin dans le Sud. Il est, alors, très excité et livre de violents combats, très jaloux des autres mâles ; il se constitue, ainsi, un harem d'un grand nombre de femelles, qu'il maintient par domination.

Huit à dix mois après l'accouplement, la femelle, à terre, sur une plage sablonneuse ou dans une caverne, met bas un petit, rarement deux, qu'elle allaite à terre. L'amour familial est très grand : le père surveille les culbutes et les essais de nage des petits ; la mère les caresse, et ils répondent à ses caresses. A deux mois, ils sont sevrés, grandissent vite. Ils sont pubères et reproducteurs à deux ans.

Le *Lion de mer de Californie* (*Eumelopias stellori*) est en rut en juin-juillet : la gestation

(Suite page XI.)

VARIÉTÉS *(Suite)*

est de onze mois. Les lions de mer ne se constituent pas des harems comme le phoque à fourrure. Dès qu'une femelle a été copulée, le couple se sépare et regagne la mer.

L'*Otarie à crinière* (*Otaria jubata*), mâle, a trois à quatre femelles.

Le *Morse*, par contre, vit en bandes au moment de la reproduction. Mais il n'aurait qu'une seule femelle, avec qui il s'isole lors de la prégnance et qui l'accompagne fidèlement : elle met bas, après neuf mois, un seul petit. La mère l'allaite, le caresse, le tient entre ses pattes de devant ou sur son dos. Elle le défend courageusement et on ne peut capturer de jeunes morses qu'en tuant la mère.

La *Baleine (Balæna mysticetus)*, qui peut peser 150 000 kilos, vit solitaire. Elle s'accouple en juin-juillet, met bas un à deux petits après dix mois (ou, peut-être, vingt-deux, si l'on ajoute un an à ces dix mois). Le nouveau-né a six mètres de long, cinq de circonférence, et pèse plus de cinq tonnes. Les baleinaux restent avec la mère, qui. les emporte dans ses bras en cas de danger.

Un mot, enfin, de la génophylaxie familiale, très particulière, des MONOTRÈMES, branche aberrante des Mammifères se rattachant, à la fois, aux Reptiles et aux Oiseaux, avec bec corné, cloaque génito-urinaire, ovipares, mais ayant cependant des glandes lactaires. Tel l'*Ornithorynque*, animal en voie de disparition, sur la vie familiale duquel on n'a pas de données.

Les MARSUPIAUX sont vivipares ; mais ils n'ont pas de placenta. La gestation est très courte, en sorte que les petits naissent minuscules et continuent leur développement dans une poche ventrale de la mère (poche marsupiale) :

Le *Kangouroo géant* (*Macropodus gigantes*) est, en Tasmanie, un animal sauteur dont les membres postérieures et la queue servent de ressorts, pour faire des bonds de 10 mètres. Bien qu'ayant la taille d'un homme, et pesant près de 100 kilos, il engendre des petits de deux centimètres seulement à leur naissance, qui vivent dans la poche marsupiale de la mère et s'y réfugient en cas de danger.

La *Sarigue opossum* (*Didelphis marsupialis*), dans les deux Amériques, a cinquante-cinq centimètres de long. Pourtant, le jeune à sa naissance n'a que la grosseur d'un pois. Aussi complète-t-il, pendant deux mois, son développement dans la poche marsupiale de la mère, où il trouve les mamelles qui l'allaitent. Sa mère le transporte en une véritable gestation externe, progressivement de plus en plus intermittente.

Chez le *Philander*, la mère porte les jeunes sur son dos, leur queue étant enroulée autour de la sienne pour qu'ils ne tombent pas.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1941.

Sur la préparation, selon une nouvelle formule, du vaccin triple associé « antidiphtérique-antitétanique-antityphoparatyphoïdique ». Applications à l'enfant et à l'adulte. Résultats immunologiques. — MM. G. RAMON, A. BOIVIN, G. LOISEAU, A. LAFAILLE et E. LEMÉTAYER, après une étude comparative portant sur un nombre considérable de vaccinations (plusieurs millions) effectuées pendant les années qui ont précédé la présente guerre et durant celle-ci, ont constaté que les réactions et spécialement les réactions générales ont été relativement moins nombreuses et moins fortes avec le vaccin triple associé, malgré la complexité de sa composition antigénique, qu'avec le vaccin autityphoparatyphoïdique (TAB) seul. Se basant sur ces constatations et sur de nombreux faits expérimentaux, les auteurs out établi une nouvelle formule de vaccin triple associé dont les caractéristiques sont l'introduction du formol dans la préparation dudit vaccin (addition de formol aux suspensions mères du B. typhique et des B. paratyphiques A et B) et la diminution des proportions des bacilles typhiques et paratyphiques entrant dans sa composition.

Le vaccin triple associé préparé selon la nouvelle formule a été utilisé dans la pratique depuis un an. Des observations recueillies avec soin et portant à l'heure actuelle sur une dizaine de milliers d'injections de ce vaccin, il ressort que les réactions et spécialement les réactions générales faisant suite à ces injections out été relativement rares et bénignes, tant chez l'enfant de tout âge que chez l'adolescent et chez l'adulte. En outre, les épreuves d'immunité qui ont été effectuées en partant de sérums de vaccinés — dosage de l'antitoxine diphtérique et de l'antitoxine tétanique, mesure du pouvoir agglutinant vis-à-vis des germes typhiques et paratyphiques — ont permis de se rendre compte que l'efficacité de ce vaccin ne le cède en rien à celle du vaccin triple associé jusqu'ici en usage.

Il résulte de l'ensemble de ces faits que l'on peut, sans inconvénients pour la valeur des immunités conférées, employer le « vaccin triple associé » de préparation et de composition nouvelle. Possédant l'avantage

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de ne provoquer, d'après les observations rapportées, que des réactions généralement rares et relativement bénignes, il est d'une utilisation plus facile, en particulier chez l'enfant.

Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une étape dans la voie du progrès, et les auteurs se proposent de rechercher, dans d'autres directions, le perfectionnement du vaccin triple associé, afin que puissent être réalisées dans les meilleures conditions de commodité et d'innocuité et avec une efficacité de plus en plus grande les vaccinations associées antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphique, qui sont de plus en plus employées et qu'une loi vient, d'ailleurs, de rendre obligatoires, dans diverses circonstances et pour certaines catégories de personnes.

Le rôle des ferments dégradateurs de poisons microbiens, dans la défense de l'organisme, au cours de la diphtérie. — M. F. MAIGNON.

Action cardio-vasculaire dépressive exercée par la diphényl-hydantoïde en injection intraveineuse. — MM. BAUDOIN et HAZARD.

L'oto-radiogrammétrie ou radiogrammétrie de l'oreille. — M. CHAUSSÉ.

Quinze années de lutte antituberculeuse en Haute-Marne. — M. GRÉHANT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1941 (suite).

L'œdème de carence à sa période d'état. Études clinique, biologique, alimentaire. — MM. H. GOUNELLE, M. BACHET, R. SASSIER et J. MARCHE montrent que l'œdème de carence, au cours de sa période d'état, se présente sous la forme d'un œdème mou, blanc ou rosé, mobile, pouvant aller jusqu'à l'anasarque, très influencé par le décubitus. Il s'accompagne en règle de troubles diarrhéiques et d'hypothermie. Aucun signe cardiaque, rénal ou hépatique ne lui est associé.

La ration alimentaire était toujours caractérisée par une insuffisance globale d'apport énergétique et qualitatif de lipides et de protides surtout d'origine animale.

Corrélativement, dans le sang des œdémateux, on note une hypoprotidémie jusqu'à 45-50 grammes par hyposérinémie et inversion du rapport sérine-globuline. Lipidémie et cholestérol sont dans les limites normales. La glycémie est très abaissée.

Il y a donc lieu de penser que l'œdème de carence est lié à une insuffisance d'apport vraisemblablement protidique, notamment d'origine animale.

M. JUSTIN-BESANÇON souligne la fréquence de ces œdèmes, dont il a vu deux cas absolument superposables, et l'influence heureuse du repos. Il les rapproche de certains œdèmes observés après intervention pour ulcère gastrique chez des malades mis au régime hypoprotidique : l'œdème gastrique gêne en pareil cas la cicatrisation ; ces œdèmes cèdent par l'administration rectale d'acides aminés. Ces œdèmes coexistent avec les épidémies de pellagre. L'un et l'autre sont dus à une insuffisance de la ration en protides.

M. LE BOURDELLÈS souligne l'influence de l'alimentation hypoprotidique dans la genèse des œdèmes de guerre.

Oxycarbonémie et pellagre. — MM. LOEPER et CHABROL ont observé un cas d'érythème pellagreux dans lequel l'oxycarbonémie, très élevée, revint à la normale sous l'influence de l'amide nicotinique.

Acidose au cours du traitement par les sulfamides. — MM. P. NICAUD, A. LAFITTE, Mlle P. GROULD et BOURGNEUF rapportent l'observation d'une malade de trente et un ans atteinte d'une tuberculose pleuro-pulmonaire droite rapidement évolutive et compliquée d'un syndrome polynévritique à marche ascendante. Les troubles moteurs, d'abord limités aux membres inférieurs, ont envahi les muscles abdominaux et thoraciques, et bientôt sont apparus des troubles cardiaques et respiratoires.

Un traitement par les sulfamides est entrepris, traitement déjà préconisé dans les polynévrites infectieuses. La malade reçoit par la voie bucale 4 grammes le premier jour et 5 grammes les deux jours suivants, en tout 14 grammes de 1162 F. en trois jours. Une médication alcaline est prescrite en même temps. Peu à peu s'installe un subcoma avec dyspnée de type Kussmaul, odeur acétonémique de l'haleine et acétonurie sans glucosurie ni albuminurie, avec réserve alcaline diminuée à 46 volumes, glycémie à 1gr,29, azotémie à 0gr,24.

Un traitement bicarbonaté par les voies buccale, sous-cutanée et intraveineuse est institué rapidement, et les signes d'acidose disparaissent en deux jours. Il n'y avait eu aucun autre signe d'intolérance aux sulfamides, ni troubles digestifs, ni cyanose, ni éruption, ni atteinte sanguine. La malade a présenté quelque temps après des troubles bulbaires qui ont provoqué lentement la mort.

En dehors des lésions pulmonaires confirmées par la vérification anatomique, il existait des lésions diffuses hépatiques caractérisées par une stéatose étendue, souvent centrée par des lésions folliculaires atypiques. Malgré la diffusion des lésions, l'épreuve de la galactosurie était restée normale.

Il s'agit donc d'une observation d'acidose survenue après un traitement par les sulfamides à dose très modérée. Ces accidents ont été très rarement signalés.

Un cas de grand myxœdème post-radiothérapique avec rigidité musculaire de type myotonique. — MM. J. LENÈGRE et R. HUGUENIN rapportent un cas de grand myxœdème apparu chez une femme de cinquante-quatre ans, trois mois à peine après une radiothérapie « anti-inflammatoire » pratiquée sur une adénopathie chronique sus-claviculaire droite (2 600 *r* en 18 séances). Ils soulignent à ce propos quelques troubles métaboliques et surtout le fait que tous les corps thyroïdes ne sont pas égaux devant les agressions chirurgicales et rœntgéniennes : l'état antérieur du tissu thyroïdien explique que, chez tel sujet, une thyroïdectomie subtotale, voire totale,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de même qu'une irradiation intensive de la glande thyroïde puisse ne pas entraîner d'hypothyroïdie, alors que, chez tel autre sujet, une thyroïdectomie même très partielle, ou une radiothérapie même modérée, aboutira au myxœdème le plus caractérisé. Et c'est la supériorité du chirurgien sur le radiothérapeute de pouvoir, au cours de l'opération, proportionner la mutilation thyroïdienne à ce que réclame l'état anatomique, voire histologique de la glande.

En outre, à ce myxœdème caractéristique s'associait une rigidité musculaire de type myotonique avec accentuation des reliefs musculaires, mais sans hypertrophie. La choliuestérase du sang était normale. Le trouble musculaire a guéri en moins de deux semaines, plus vite que les signes classiques de l'hypothyroïdie, sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne.

Sur les thromboses de l'artère pulmonaire dans les cardiopathies. Leur fréquence, leur mécanisme, leurs conséquences anatomiques. — MM. CH. LAUBRY et J. LENÈGRE montrent que les thromboses de l'artère pulmonaire et de ses branches s'observent dans 40 p. 100 des cardiopathies mal tolérées (cinquante fois sur 126 examens anatomo-cliniques), elles sont notablement plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

Leur mécanisme, si longtemps discuté, n'est pas facile à préciser. L'embolie, classiquement invoquée depuis Wirchow, n'est une hypothèse plausible que dans 10 p. 100 des cas, lorsque existe une thrombose isolée des cavités droites (les phlébites périphériques sont si rares que leur rôle est négligeable). La thrombo-artérite paraît bien intervenir dans 66 p. 100 des cas, lorsque l'endartérite pulmonaire existe à l'exclusion de toute coagulation des cavités droites. Dans 24 p. 100 des cas, le mécanisme reste incertain, soit parce qu'il y a à la fois endartérite pulmonaire et thrombose des cavités droites, soit, au contraire, parce que manquent l'une et l'autre. Il ne faut d'ailleurs pas oublier qu'à propos de ces thromboses de l'artère pulmonaire c'est tout le problème encore mystérieux de la thrombose qui se pose où interviennent des facteurs vaso-moteurs, hémodynamiques, physico-chimiques et inflammatoires.

Les conséquences d'une thrombose de l'artère pulmonaire sont souvent déconcertantes : s'il n'y a jamais de nécrose, il peut exister toute une gamme de lésions parenchymateuses variées qui sont assez analogues à celles observées dans les viscères qu'irriguent les artères de la grande circulation et qui vont de l'extravasation sanguine systématisée (infarctus de Laennec) à l'apoplexie diffuse et à l'extravasation purement séreuse (œdème aigu localisé du poumon). Le parenchyme pulmonaire peut même rester apparemment normal dans le territoire du vaisseau thrombosé (30 p. 100 des cas).

Tous les éléments de l'appareil respiratoire peuvent souffrir des conséquences anatomiques des thromboses de l'artère pulmonaire et des lésions alvéolaires consécutives. Il se constitue ainsi une véritable « pneumopathie cardiaque » évolutive dont les lésions inflammatoires, quoique rarement infectieuses, expliquent par leur diversité le polymorphisme clinique et radiologique du poumon « cardiaque ».

Nécrologie. — Le président lit une notice nécrologique sur M. RATHERY, membre titulaire de la société.

JEAN LEREBOULLET.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1941.

Conclusions sur les communications au sujet des tumeurs mixtes. — M. DUFOURMENTEL rappelle qu'en effet les tumeurs mixtes évoluent longtemps sans métastase et sans ganglions. Leur siège est triple : restes branchiaux, gouttière dentaire, fissures faciales.

Il a vu de ces tumeurs siéger sur la voûte du palais, non seulement latéralement, mais sur la ligne médiane, contrairement à ce que disait M. Veau dans la précédente séance. M. Dufourmentel regrette la théorie rapprochant ces tumeurs des malformations d'origine branchiale, car cette théorie était capable d'expliquer la formation de ces tumeurs.

Ostéotomie sous-trochantérienne d'appui après fracture ouverte du col du fémur suivie de pseudarthrose. — M. SICARD en rapporte un cas.

Sur l'arrachement du massif des épines tibiales. — MM. E. SORREL, JOMIER et COMPAGNON.

M. Sorrel rapporte cinq observations de ces arrachements : dans deux cas il n'est pas intervenu et fit mettre simplement un plâtre en extension. Dans les trois autres cas, il est intervenu par voie transrotulienne ou par voie latérale pour remettre le fragment en place ; une fois il a suturé aux crins.

Ces cinq cas ont eu un bon résultat fonctionnel. Chaque fois il y avait une abondante hémarthrose sans ecchymose sous-cutanée, ce qui prouve l'intégrité de la capsule.

Ces arrachements des épines tibiales n'entraînant pas toujours l'opération ; celle-ci ne s'impose que si le jeu articulaire semble gêné, s'il y a blocage. Si certains ont fait l'ablation du fragment osseux, il semble préférable de le remettre en place en le fixant ou non.

La voie à suivre la plus nette est la trace rotulienne; mais, s'il y a des doutes sur l'intervention à faire, on peut faire une incision latérale, type Gerny, pour explorer.

Cette lésion est surtout observée chez l'enfant ; l'adulte se fait plutôt une rupture des croisés, ou un arrachement osseux de l'insertion et de l'épine correspondante.

M. HUET rapporte un cas de ces lésions avec intervention, fixation et bon résultat.

Action clinique du sulfathiazol sur les staphylococcies. — M. MÉNÉGAUX et Mlle STEILHAUD.

M. Ménégaux rapporte des résultats intéressants quant à la durée très raccourcie de certaines affections.

Il insiste sur les fortes doses d'emblée : 7 grammes

au moins les deux premiers jours ; sur une cure de consolidation ; sur la bonne tolérance du médicament ; sur la nécessité d'un séjour au lit au cours du traitement.

Discussion : M. Sauvé, M. Ménégaux.

Fracture double du tibia aveo volumineux fragment intermédiaire. Extraction, parage et reposition du fragment intermédiaire. Double ostéosynthèse. Consolidation correcte.

Trois observations.

M. Brocq, en rapportant ces observations, attire l'attention sur ces faits :

Il s'agissait de fractures anciennes de un à trois mois. L'opération n'a pas été suivie en général de très durable hémorragie en nappe.

La prothèse a été bien supportée.

La reconsolidation s'est faite selon les règles classiques.

Discussion : MM. Robineau, Leveuf, Basset, Mathieu.

M. Soupault signale l'utilité actuelle du « Spontex toilette » en remplacement des compresses pour éponger le sang. C'est une cellulose présentée sous une forme spongieuse, économique.

P. Fronville.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 juin 1941.

Évolution de la grossesse extra-utérine chez la Lapine castrée. — M. R. Courrier rappelle que la Lapine fait partie de la catégorie de mammifères chez lesquels le corps jaune gestatif est rigoureusement indispensable jusqu'à l'accouchement : la castration interrompt chez elle la grossesse à tout moment. Or l'auteur a pu réaliser expérimentalement la grossesse abdominale chez la Lapine ; dans ce cas, l'ovaire n'est plus indispensable à l'évolution de la gestation. La castration entraîne la mort du fœtus situé dans l'utérus, ce qui est la règle ; mais le fœtus situé en dehors de l'utérus se développe normalement. La grossesse extra-utérine ne nécessite pas l'équilibre endocrinien qui est indispensable à la gestation intra-utérine.

Action de la progestérone chez la Souris mâle castrée. — MM. R. Courrier et H. Bennetz signalent que la progestérone n'a pas d'action androgène chez la Souris. Il est possible que le récepteur mâle permette d'établir une distinction entre la prégnénolone et la progestérone. Les différentes substances hormonales se ressemblent, se distinguent ou s'opposent suivant le récepteur sur lequel elles opèrent ; il est indispensable pour les bien connaître de les soumettre au plus grand nombre possible de critères.

Troubles de l'absorption des graisses par empoisonnement iodo-acétique. Rôle de l'insuffisance surrénalienne. — MM. A. Giroud, A.-R. Ratsimamanga et H. Chalopin retrouvent, chez le Cobaye, les troubles de l'absorption des graisses par empoisonnement à l'acide iodo-acétique que Verzàr, Laszt et Jecker avaient constatés chez le Rat. Comme ces chercheurs, ils pensent qu'il doit s'agir de répercussion de troubles fonctionnels de la surrénale. Certaines expériences paraissent montrer que l'hormone corticale elle-même peut être atteinte par cet empoisonnement, aussi bien au niveau de sa production qu'au niveau de ses points d'impact.

Troubles de l'absorption des graisses au cours de la carence en vitamine C. Nouvelles preuves de l'insuffisance surrénale. — MM. A. Giroud, A.-R. Ratsimamanga et H. Chalopin, en corrélation avec l'existence d'une insuffisance surrénale au cours du scorbut, ont constaté au cours de cette affection une perturbation de l'absorption des graisses, comme il en existe après surrénalectomie ou empoisonnement iodo-acétique ; l'administration d'hormone corticale suffit à rétablir le fonctionnement normal.

Le traitement de la pneumonie expérimentale de la Souris par les aérosols sulfamidés. — MM. André Lemaire, Nitti et Jean Cottet, ayant réalisé un aérosol sulfamidé capable de pénétrer jusque dans l'alvéole pulmonaire, montrent que cet aérosol est efficace contre la pneumonie expérimentale de la souris et permet dans le poumon des concentrations en sulfamide plus fortes que dans le reste de l'économie.

Mise en évidence de lécithides dans le complexe acétylcholinique cérébral par action du venin de Cobra et des sels biliaires. — M. J. Gautrelet, Mlle E. Corteggiani et Mme Carayon-Gentil mettent en évidence l'existence probable dans le support de l'acétylcholine, à côté de la fraction protidique, d'une fraction lipidique, représentée, tout au moins pour une part, par des lécithides.

Action du benzol sur le foie. — MM. M. Loeper, Jean Cottet et C. Tanasesco, ayant constaté dans l'intoxication benzolique humaine des hépatites scléreuses, dégénératives et graisseuses, ont cherché à les reproduire, sans succès chez la Souris, avec des lésions congestives et dégénératives chez le Cobaye. L'administration d'hyposulfite de soude à fortes doses semble réduire la toxicité de l'inhalation benzolique chez le Cobaye et diminuer considérablement les dégénérescences hépatiques.

Retentissement comparé de diverses actions centrales (subordination) sur l'excitabilité sensitive et l'excitabilité motrice. — M. Paul Chauchard montre que l'influence des centres se fait sentir sur l'excitabilité sensitive comme sur l'excitabilité motrice : lors des excitations ou des inhibitions centrales, la chronaxie sensitive varie le plus souvent dans le même sens que la chronaxie motrice ; elle ne varie en sens inverse que dans les rares cas (hyperoxie et hypoglycémie) où intervient sa plus étroite subordination aux centres supérieurs.

Créatinine et métabolisme musculaire. Excrétion urinaire comparée de la créatinine chez les malades mentaux en période de calme et d'agitation. — M. J.-A. Gautier, ayant déterminé la créatininurie chez certains malades mentaux présentant des alter-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

nances de calme et d'agitation, a constaté une augmentation considérable dans l'excrétion de la créatinine en période d'agitation, ce qui s'explique si l'on admet que la créatininurie est liée aux variations de l'activité musculaire.

Résultats immunologiques comparatifs obtenus chez l'homme au moyen du vaccin triple associé « antidiphtérique-antitétanique-antityphoparathyphoïdique » préparé selon deux formules différentes. — MM. G. Ramon, A. Boivin, A. Laffaille et E. Lemétayer, dans le but de réduire le plus possible les réactions vaccinales, ont établi une formule de vaccin triple associé qui se distingue de la formule jusqu'ici utilisée par l'adjonction de formol et aussi par une moins grande teneur en corps microbiens typho-paratyphiques.

Les contrôles effectués sur deux groupes d'adultes aussi comparables que possible, vaccinés l'un avec le vaccin triple associé préparé selon l'ancienne formule, l'autre au moyen du vaccin de nouvelle formule, ont permis de se rendre compte que les immunités antidiphtérique et antitétanique conférées sont sensiblement équivalentes et d'ailleurs d'un degré relativement élevé. De même, les pouvoirs agglutinants O et H correspondant respectivement aux germes typhiques et paratyphiques A et B, et que l'on a pu relever chez les vaccinés, sont de même ordre, d'un groupe à l'autre.

Sur la réversion de la forme rugueuse (« rough ») en forme lisse (« smooth ») et sur la stabilité des types sérologiques (antigène O) chez les « Salmonella ». — M. A. Boivin insiste sur le caractère exceptionnel, chez les *Salmonella*, de la réversion de la forme rugueuse en forme lisse, avec retour à la virulence. Contrairement à ce qui a lieu chez les pneumocoques, dans le groupe des *Salmonella*, la réversion n'est nullement favorisée par la culture en présence de corps bactériens tués appartenant à la variante lisse, ou en présence de l'antigène glucido-lipidique correspondant ; de même, il ne semble pas possible de passer d'un type sérologique de *Salmonella* à un autre, par changement de la spécificité de l'antigène O.

Sur la complexité de la structure antigénique (antigènes somatiques) du bacille typhique. — M. A. Boivin signale que, selon les souches, on pourrait rencontrer, chez le bacille typhique (variante lisse), soit seulement de l'antigène O libre, soit seulement de l'antigène Vi libre, soit les deux antigènes simultanément présents sous la forme de complexes glucido-lipidiques distincts, ou sous l'aspect d'un complexe glucido-lipidique unique portant sur la même molécules les deux fonctions antigéniques O et Vi. L'antigène Vi ne paraît pas être fondamentalement différent des « facteurs antigéniques » dont l'existence est admise depuis longtemps en ce qui concerne l'antigène O des *Salmonella*.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Étude « in vivo » du pouvoir chimiotactique exercé par des polysaccharides, des glycoprotéines et des sucres divers. — MM. A. Delaunay et R. Sarciron ont constaté que des polysaccharides (amidon soluble, gomme de levure, glycogène, gomme arabique, inuline) et des glycoprotéines (mucine gastrique, humeur vitrée) constituent autant de substances très chimiotactiques qui, introduites dans la peau du Cobaye à la dose de 2 à 10 milligrammes, provoquent un appel de polynucléaires véritablement surprenant. Le fait que le polysaccharide spécifique du staphylocoque attire aussi nettement à lui les globules blancs rentre donc dans le cadre normal des choses. Les divers sucres constituants des polysaccharides exercent, à l'état libre, sur les leucocytes, une attraction beaucoup moins nette et moins constante que ces derniers corps.

(A suivre.)

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS UROLOGIQUES

CAPARLEM. — Composition. — Huile de Haarlem vraie, naturelle et polyvalente du *Juniperus oxycedrus*.

Forme thérapeutique. — Capsulines dosées à 0gr,15.

Posologie. — 1 à 2 capsulines à chaque repas.

Indications. — Cholécystite, lithiases biliaires, lithiases rénales, pyélonéphrites, colibacilluries.

Laboratoire Lorrain de Produits synthétiques purs, à Etain (Meuse).

LUSOFORME. — Formol saponiné (liquide et comprimés) contenant 20 p. 100 de formol. Antiseptique et désodorisant.

Indications. — Gynécologie, obstétrique, pansements d'urgence, grosse désinfection des ustensiles de malades contagieux.

Laboratoires Carteret, 15, rue d'Argenteuil, Paris (Ier).

URASEPTINE. — Principes actifs. — Hexaméthylène-tétramine et son citrate, benzoates de soude et de lithine, diéthylénimine.

Doses. — Granulé soluble, 2 à 6 cuillerées par jour avant les repas, dans un peu d'eau.

Mode d'action. — Antiseptique urinaire par excellence, par *dédoublement assuré* de la formine et mise en liberté du formol.

Dissout et chasse l'acide urique.

Indications. — Toutes les infections vésico-rénales, pyélites, pyélonéphrites, cystites, urétrites gonococciques et autres, arthritisme et ses complications, diathèse urique, goutte, gravelle.

Laboratoires Henry Rogier, 56, boulevard Pereire, Paris.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Ambroise Blondeau (de Mamers, Sarthe). — Le Dr Jean d'Halluin (de Lallaing, Nord). — Mme Aubrun, mère du Dr Geneviève Aubrun (de Boulogne-sur-Mer), grand'mère du Dr Witold Aubrun (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris, et tante du Dr Louis Desmaroux (de Vichy). — Le Dr Bénoni-Auguste Bels, décédé à Bailleul, dans sa quatre-vingt-cinquième année. — Le Dr Gabriel Fortineau (de Nantes). — Le médecin auxiliaire André Éloy, décédé accidentellement, en captivité à Laval, à l'âge de vingt-trois ans ; fils du Dr Éloy, de Phalempin, il était externe des hôpitaux de Lille. — Le Dr Richerolles (de Cosne-d'Allier) officier de la Légion d'honneur. — Le professeur agrégé Jean Gautrelet, membre de l'Académie de médecine, décédé à Paris, le 11 juillet 1941, à l'âge de soixante-trois ans. — Le Dr Jean Devos, chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

MARIAGE. — Mlle Sylviane Offort, laborantine au laboratoire de recherches du Dr Choay, nièce de M. le Dr Bayard, et M. Jacques Villain, ingénieur électricien. — Le Dr Jean Daguet avec Mlle Edmée Clément.

NAISSANCE. — Le Dr et Mme Jean Fouquet font part de la naissance de leur fille Anne. — Le professeur et Mme Jeanneney font part de la naissance de leur fils Dominique-Alain. Nous adressons au professeur Jeanneney nos bien vives félicitations.

FIANÇAILLES. — Le Dr Robert Claisse, fils de Mme et de M. le Dr Paul Claisse, et Mlle Marie-Thérèse Bergougnan.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Sont nommés médecins inspecteurs de la Santé :

M. le Dr Mallet (Aube) ; M. le Dr Polge (Meuse) ; M. Jehanin (Manche) ; M. le Dr Lévi (Haute-Garonne) ; M. le Dr Roussel (Puy-de-Dôme).

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la Santé :

Mme le Dr Favier (Aveyron) ; M. le Dr Le Bohec (Seine-Inférieure) ; M. le Dr Bigonnet (Var).

M. le Dr Serane, médecin inspecteur de la Santé du Puy-de-Dôme, est placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

M. le Dr Gelly, inspecteur départemental d'hygiène de la Meuse, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

L'arrêté du 20 mai 1941, nommant M. le Dr Carpentier médecin inspecteur adjoint de la Haute-Saône, est rapporté.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Vacances de chaires.** — Sont déclarées vacantes les chaires de clinique chirurgicale Saint-Antoine, clinique chirurgicale Vaugirard, clinique cardiologique, clinique obstétricale Tarnier et clinique chirurgicale infantile.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — **Vacance de chaire.** — Sont déclarées vacantes les chaires de clinique médicale infantile et puériculture, et d'anatomie médico-chirurgicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Charles-Rémy Martin, professeur suppléant d'anatomie et physiologie, est prorogé pour un an, à partir du 1er juillet 1941.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Médecins de la Maison de Saint-Lazare. — A la suite du concours ouvert le 11 juin dernier pour l'admission à trois emplois de médecin à la Maison de Saint-Lazare, ont été reçus : MM. Georges Boudin, Charles Boursat, Gérard Bouwens.

SANATORIA. — Mlle le Dr Boudon est nommée médecin directeur du sanatorium Marie-Mercier, à Tronget (Allier). — M. le Dr Warnery est nommé médecin directeur au sanatorium Fenaille, à Sèverac-le-Château (Aveyron). — M. le Dr Chognon est nommé médecin directeur au sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier).

Mme le Dr Binet-Chaix, médecin adjoint des sanatoriums publics, est mise en disponibilité sur sa demande.

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — **(Réserve).** — **Guerre.** — M. le médecin-général des troupes coloniales Bourgarel a été placé dans la deuxième section (réserve) du corps de santé des troupes coloniales.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Mesures réparatrices pour les étudiants en médecine démobilisés. — *Circulaire du 16 juin 1941 aux recteurs. Enseignement supérieur* (2e *bureau*). — Les étudiants mobilisés ont subi, du fait de la guerre, un préjudice qui les met en situation d'inégalité avec leurs camarades non mobilisés. Un certain nombre d'étudiants appelés sous les drapeaux et qui, par suite des clauses de l'armistice, n'ont pas encore été rendus à la vie civile se trouvent également lésés par rapport à leurs camarades déjà démobilisés quoique incorporés après eux. Il est équitable qu'en faveur des uns et des autres des mesures réparatrices soient prises. Tel est l'objet de la présente circulaire.

A. — *Étudiants démobilisés en avril, mai et juin* 1941. — La circulaire du 14 janvier 1941, autorisant les étudiants des classes 1938 et 1939, libérés du service militaire, à prendre des inscriptions cumulatives en cours d'année scolaire et à se présenter aux sessions ordinaires d'examens de 1941, ne visait que les étudiants démobilisés en janvier et février 1941.

En vertu de cette circulaire, beaucoup d'étudiants, libérés en avril et mai, ont sollicité le bénéfice de cette mesure. L'année scolaire étant presque achevée, il a été, en fait, impossible de donner une suite favorable à leur demande.

J'ai décidé que les étudiants libérés en avril et mai 1941, et ceux qui seraient libérés en juin 1941, seront admis au bénéfice des inscriptions cumulatives, sous la réserve qu'ils suivront, de juin à octobre 1941, des cours, conférences, stages et travaux pratiques (1) qui seront organisés à leur intention.

Il vous appartient de prendre, dès maintenant, d'accord avec MM. les Doyens et Directeurs d'Établissements d'enseignement supérieur, toutes mesures utiles à cet effet. Je suis convaincu que le personnel de l'Enseignement supérieur (professeurs, maîtres de conférences,

(1) Toutefois, les étudiants en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire ne pourront se présenter aux examens que s'ils fournissent, conformément aux dispositions du décret du 6 mars 1934, les notes exigées pour la validation des stages et les notes obtenues pour les travaux pratiques réellement effectués par eux.

NOUVELLES *(Suite)*

chargés de cours, assistants, etc.) fera très volontiers, dans les circonstances présentes, le sacrifice d'une partie de ses vacances et qu'il vous prêtera très largement son concours bénévole. Vous voudrez bien me rendre compte, dans un délai aussi bref que possible, de l'organisation de cet enseignement et, dans la suite, de son fonctionnement.

Ces étudiants se présenteront aux examens à la session d'octobre 1941.

Le cas échéant, pour leur donner la possibilité de réparer un échec, une série complémentaire de la deuxième session d'examens de 1941 sera organisée en décembre 1941 ou *au plus tard avant le* 15 *janvier* 1942.

B. — *Étudiants encore mobilisés en octobre* 1941. — Les étudiants qui seraient encore sous les drapeaux à l'ouverture de l'année scolaire 1941-1942 auront tous, au minimum, dix-huit mois de service.

La circulaire du 28 décembre 1939, qui autorise les étudiants sous les drapeaux, pendant la durée des hostilités, à faire acte de scolarité *après leur première année de service*, a été l'objet, depuis l'armistice, d'interprétations diverses. Quelques universités ont, pendant la présente année scolaire (1941-1942), admis tous les étudiants encore mobilisés à s'inscrire ; d'autres, les plus nombreuses arguant de la cessation de fait des hostilités, ont considéré que ce texte était devenu caduc.

Je précise que les étudiants dont il s'agit sont autorisés à s'inscrire par correspondance aux époques réglementaires, dans les facultés, à la rentrée de l'année scolaire 1941-1942.

C. — *Étudiants prisonniers de guerre.* — Il est difficile de prévoir, d'ores et déjà, des mesures précises à leur sujet.

Toutefois, les étudiants rentrés en France individuellement bénéficieront des mêmes mesures que les étudiants démobilisés : le bénéfice des inscriptions cumulatives leur sera accordé.

Cette mesure sera complétée, pour chaque cas d'espèce que vous me soumettrez, par des mesures individuelles plus favorables et qui seront en fonction du moment de la démobilisation de chacun d'eux.

Conseil supérieur algérien. — Par décret du 21 juin 1941, sont nommés :

Président: M. le professeur Leblanc, ex-doyen de la Faculté de médecine d'Alger ; *membres :* MM. Eugène Lebon, doyen de la Faculté de médecine d'Alger ; Gaston Oulié, chirurgien de l'hôpital de Constantine ; Jean de Vesian, médecin accoucheur à Oran ; Pierre Dupuy d'Uly, ophtalmologiste à Alger ; Paul Vogt, médecin communal à Marengo ; Joseph Blanc, médecin communal àJ emmapes ; Joseph Tramini, médecin de colonisation à Mac-Mahon ; Lucien Montero, médecin àHammam-Bou-Hadjar ; Mohammed Boumalit, médecin à Aïn-Beïda.

Reclassement des fonctionnaires du Service sanitaire maritime dans le cadre de l'inspection médicale de la Santé. — Par décret du 29 mai 1941 :

ARTICLE PREMIER. — Les directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs de la Santé.

Les agents principaux et les médecins de la Santé pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs adjoints de la Santé.

ART. 2. — Les médecins visés à l'article premier et actuellement en fonction seront reclassés par arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, après avis de la commission prévue à l'article 2 du décret du 9 février 1941 susvisé.

ART. 3. — Pour chaque grade, les médecins appelés à bénéficier des dispositions qui précèdent seront placés à l'échelon de traitement qui sera fixé d'après leur aptitude professionnelle, leur manière de servir, leurs titres scientifiques et leur ancienneté dans le service sanitaire maritime.

Ils devront être âgés de moins de soixante ans et titulaires du diplôme d'hygiène ou, à défaut, de titres équivalents. Ils devront, en outre, souscrire une déclaration attestant qu'ils se consacreront entièrement à leurs fonctions, à l'exclusion de toute clientèle.

Adresse des Bureaux du Conseil de l'Ordre des médecins. — Les bureaux du Conseil de l'Ordre des médecins du département de la Seine sont transférés dès maintenant 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe). Téléphone Littré 59-27. Le service des certificats médicaux de cure thermale reste toujours 28, rue Serpente.

A la suite des dernières décisions, seuls recevront avis favorable les certificats justifiant que les malades ne peuvent trouver en zone occupée les soins nécessaires à leur état.

Solidarité médicale. — Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine est heureux de faire connaître la généreuse initiative du Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Deux-Sèvres, auquel il exprime sa vive reconnaissance.

Un certain nombre de médecins des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Vienne s'offrent à recevoir chez eux pendant un à deux mois, au cours de cet été, soit à titre onéreux, soit gratuitement, des enfants (de 5 à 15 ans) de médecins du département de la Seine.

Ceux de nos confrères qui voudraient profiter de ce beau geste de solidarité sont priés de s'adresser aussitôt que possible au secrétariat de l'Ordre des médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Officiers.* — M. Alfred Fiévet, médecin-capitaine à la direction du service de santé de la 7e région ; M. Roger Dubost, médecin-lieutenant au 119e régiment d'infanterie.

Chevalier. — M. Robert Didier, dentiste-lieutenant au 4e régiment de tirailleurs marocains.

A titre posthume. — M. Pierre Marlette, médecin-capitaine.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or :* MM. les Drs Peltier, médecin-général, directeur de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales de Marseille ; Robic, médecin-lieutenant-colonel des troupes coloniales, directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive.

Médaille de vermeil: MM. les Drs Le Rouzic et Durieux, médecins-lieutenants-colonels des troupes coloniales.

Médaille d'argent : MM. les Drs Campunaud, Dodoz, médecins-colonels ; Jonchère, Beaudiment, Richet, Durand, médecins-commandants ; Bex, Lartigau, Casteigt, médecins-capitaines des troupes coloniales ; Binson, Chirle, médecins-lieutenants des troupes coloniales ; Gueye, médecin auxiliaire de l'Assistance médicale indigène ; le R. P. Goarnison, docteur en médecine ; M. Lozach, pharmacien-lieutenant-colonel des troupes coloniales.

Médaille de bronze : MM. les Drs Beaudiment, Bonnetblanc, Guitton, Duffaut, médecins-commandants des troupes coloniales ; Demange, Loudoux, Gallais, Koerber, Aretas, Miossec, Maclaud, Guiguen, Aleonard, Laviron, Longe, Eymard, Arquie, Bergougniou, Le Blouch, Legrosdidier, Seguy, médecins-capitaines des troupes coloniales ; Peyron, Laurent, Kerguelen, Oberle, Castera, Bascheri, Aballea, Queguiner, Bernos, Crozafon, Richard-Nicolas, Fossey, médecins-lieutenants des troupes coloniales ; Diarra, Nignan, Keita, Yatassaye, Courouma, Ndiaye, Lenon, médecins auxiliaires ; Rakotomalala, Rahoerson (René), médecin à l'Institut Pasteur de Tananarive ; Rakotovao, Rafatro, Razafindrazaka, Ranœlijao, médecins de 1re classe de l'A. M. I. ; Rajohnson, Fajadet, médecins de 2e classe de l'A. M. I.

NOUVELLES *(Suite)*

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 8 *Juillet.* — Mlle MARQUIS, Etude radiologique des coronarites.

9 *Juillet.* — M. HAGEGE, Contribution à l'étude des manifestations digestives et particulièrement de la gastrite des avitaminoses nicotiniques. — Mlle MAXIMOVITCH, Quelques considérations sur le traitement des psychoses par l'insuline et par le cardiazol. — Mlle ROSENWALD, Le mal d'oscillation. Étude clinique, pathogénique et thérapeutique. — M. ORLOWSKI, La mesure de l'indice oscillométrique et de la tension artérielle avec un sphygmomanomètre à transmission liquide. — M. POPOVSKY, Phytothérapie de l'anxiété et de l'angoisse dans les périodes de guerre et d'après-guerre. — M. DIMITRIADES, Le pneumothorax extra-pleural dans le traitement des cavernes tuberculeuses de la base du poumon. — M. CASALTA, Place du pneumothorax extra-pleural chirurgical dans le traitement de la tuberculose pulmonaire confirmée. — M. DELAMAIRE, L'aspiration continue intrapleurale dans le traitement des pyothorax tuberculeux. — M. AARON, Contribution à l'étude clinique des hémorragies retardées dans les traumatismes de la rate.

10 *Juillet.* — M. BONNAUD, Contribution à l'étude des effets de l'insulinothérapie dans les affections mentales. — M. LACAUX, Les idées directrices de la médecine néo-hippocratique. — Mlle MIROUX, Contribution à l'étude de certains cancers du cavum et de leurs complications oculaires.

12 *Juillet.* — M. L'HIRONDEL, La ponction d'Antre. Importance de l'otomastoïdite dans la pathologie du nourrisson. — M. DEBOUVRY, Radiomanométrie biliaire.

16 *Juillet.* — M. MULLER, L'inhibition de la lactation dans les suites de couches par les méthodes hormonales. — M. KREISLER, Le cancer de l'ampoule de Vater. — Mlle RÉMOND, Un cas de septicémie à *Bacillus serpens*. — Mlle POTEMKINE, A propos d'un cas d'érythème scarlatiniforme avec adénopathies généralisées au cours d'une méningite purulente à pneumocoques traitée par les sulfamides. — Mme DEBAIN, La varicelle pemphigoïde. — Mlle SIKORAV, Le complexe ganglio-pulmonaire aigu au cours de la pneumonie. — Mlle DAVID, La maladie ostéogénique. Données actuelles. — M. BRETON, La réaction lymphatique périportale dans la genèse de l'ictère catarrhal. — M. LITARD, Les troubles de la coagulation du sang par déficience en prothrombine et thromboplastine. — M. CORCOS, Contribution à l'étude des faux kystes du pancréas (kystes à signes pseudo-hépato-vésiculaires). — M. MORY, Sur le drainage pariétal avec aspiration des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. MAKLOUF, Variations des réactions cutanées à la tuberculine. — M. SOMIA, Corps fibrineux de la plèvre. — M. DURAN Y GUERRERO, L'anesthésie au cyclopropane en chirurgie gastrique. — M. WEBER, Accidents cérébraux graves consécutifs à l'administration des arsenicaux pentavalents. — Mlle DEHENNOT, Diagnostic précoce du mal de Pott au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire de l'adulte.

REVUE DES LIVRES

Les régimes de la femme enceinte, par H. VIGNES, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un volume gr. in-8° de 64 pages, 23 francs. (*J.-B. Baillière et Fils, éditeurs,* 1941.)

Le Dr H. Vignes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, était tout à fait indiqué pour écrire un ouvrage sur « Les régimes de la femme enceinte », ayant fait antérieurement d'importants travaux sur le métabolisme de la grossesse, les avitaminoses et les maladies du tube digestif et de ses annexes pendant la grossesse.

Cet ouvrage a été écrit en pensant aux médecins qui, même s'ils sont spécialisés dans la question de la nutrition, peuvent ne pas connaître tous les problèmes propres à la grossesse, celle-ci est, en effet, un état de perpétuel spoliation de la mère par le fœtus. Tous les médecins doivent ne pas ignorer les dangers d'une alimentation insuffisante particulièrement à redouter en ce moment.

Cet ouvrage a été écrit également en pensant aux accoucheurs, et c'est pour cette raison que l'auteur s'est étendu sur les notions générales du problème alimentaire.

Ce livre est une mise au point de la question des « avitaminoses » dans ses rapports avec la santé de la femme enceinte et la croissance du fœtus.

Le lecteur y verra — clairement indiquée — quelle est la ration optima des protides, des lipides, des glycides et des matières minérales ; la question importante du sel n'y est pas oubliée.

L'auteur s'étend sur les régimes de diverses maladies gravitiques : vomissements, albuminuries, pyélonéphrites, avortements habituels, constipation.

M. H. Vignes traite enfin la question des boissons excitantes (alcools) et calmantes, ainsi que la question des condiments.

Cet ouvrage est d'actualité, car, si l'auteur indique le régime parfait de la femme enceinte et de la nourrice, il n'a garde d'oublier de donner à ses lecteurs des conseils sur l'alimentation qui peut être suffisante à l'heure actuelle, autant pour la santé de la mère que pour celle du fœtus, et plus tard pour celle de la nourrice.

R. V.

Le traitement du diabète en pratique médicale, par PIERRE MAURIAC, Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications.*) [*Masson et Cie, éditeurs, Paris,* 1941.]

Ce petit livre d'une centaine de pages a été écrit pour le médecin praticien qui veut soigner ses diabétiques avec méthode et avec conscience.

A la vérité, ce livre ne mentionne aucune méthode de thérapeutique antidiabétique qui ne soit connue et universellement acceptée. Ce qui en fait l'intérêt et le charme, c'est la façon à la fois simple, claire et concise dont sont exposées, en vue de la pratique journalière, ces méthodes de traitement :

Tout d'abord l'institution du régime alimentaire pour le diabétique « simple », qui n'a pas besoin d'insuline, et la méthode personnelle de l'auteur qui permet, à l'aide de feuilles spéciales, d'ordonnancer facilement le régime, sans recourir à des calculs compliqués et rebutants ;

Puis, la mise en pratique de l'insulinothérapie

REVUE DES LIVRES *(Suite)*

dans le diabète consomptif, avec l'adaptation nécessaire du régime alimentaire à l'insuline ;

les cas où l'insuline est inutile, et ceux où elle s'impose, les avantages et les inconvénients de l'insuline-protamine-zinc, les accidents de l'insulinothérapie, les moyens de les éviter et d'y parer, l'insulino-résistance et l'insulino-instabilité, les méthodes adjuvantes du traitement, et, enfin, la conduite à tenir en présence des grandes complications du diabète.

Le Pr Mauriac déclare qu'en écrivant ce livre il n'a pas eu d'autre ambition que de jalonner la route du médecin pour lui éviter de s'égarer dans le traitement des diabétiques. Assurons-le qu'il a pleinement réussi.

HARVIER.

Le goitre malin (*Die Struma Maligna*), par F. DE QUERVAIN (de Berne). Un volume de 160 pages de la collection *Neue Deutsche Chirurgie*. (*F. Enke, éditeur, Stuttgart,* 1941.)

Dans un ouvrage superbement édité et illustré de splendides radiographies, microphotographies et photographies, dont quelques-unes en couleur, F. de Quervain étudie, dans la collection *Nouvelle chirurgie allemande*, fondée par P. von Bruns et publiée par F. Sauerbruch, le goitre malin. Il résulte presque toujours de la dégénérescence maligne d'un goitre préexistant ; mais ce qui justifie surtout son étude clinique d'ensemble, en dépit de la diversité de ses types anatomo-pathologiques, c'est que ce goitre malin donne lieu, de par sa situation anatomique même, à un syndrome toujours identique.

Après un court aperçu historique, l'auteur précise la fréquence du goitre malin et sa répartition selon l'âge, le sexe et les divers pays ; puis il en envisage les causes et les rapports avec les affections préexistantes du corps thyroïde, notamment le goitre bénin, ce qui l'amène à chercher à en expliquer la pathogénie et l'histogenèse. Vient ensuite une étude approfondie des diverses formes anatomo-pathologiques, qui montre bien leur multiplicité, mais au cours de laquelle le lecteur français n'est pas trop dépaysé grâce au parallélisme et aux synonymies établies avec la classification de Bérard et Dunet. La formation des métastases, tant par voie lymphatique que par voie sanguine, la possibilité de tumeurs métastatiques développées dans la glande thyroïde, les questions soulevées dans le domaine physio-pathologique ne se trouvent pas négligées dans cet exposé.

Mais l'essentiel de l'ouvrage est consacré à l'évolution clinique, au diagnostic et au traitement du goitre malin. Modification de volume et croissance rapides, augmentation de consistance diffuse ou circonscrite, diminution de mobilité et adhérence au tissu cellulaire sous-cutané et à la peau, sensation subjective assez particulière de tension intratumorale, tels sont les signes précoces qui doivent attirer l'attention sur la transformation maligne d'un goitre préexistant, que ces symptômes résultent d'hémorragies intrakystiques, de poussées inflammatoires subaiguës ou chroniques, de réactions tissulaires de voisinage ou d'invasion des tissus voisins au travers de la capsule thyroïdienne par les cellules dégénérées. Des douleurs rebelles et irradiées ne sont pas un symptôme précoce, en règle générale tout au moins, pas plus que l'hyperthyréose n'est un symptôme fondamental, en Suisse tout au moins (l'auteur ne l'a trouvée que dans 6 p. 100 de ses observations) ; une sédimentation globulaire normale ne plaide pas contre une néoformation maligne, tandis qu'une forte accélération de la sédimentation rend vraisemblable, à défaut d'autre manifestation, l'existence d'une tumeur maligne ; la fièvre n'appartient pas au tableau symptomatique essentiel du goitre malin, mais elle peut s'y rencontrer même en l'absence de complications inflammatoires.

Ainsi sont longuement étudiés : les symptômes initiaux et ceux des stades ultérieurs, puis la symptomatologie spéciale de chacune des formes anatomiques (adénome proliférant de Langhans, papillome, carcinome, sarcome, hémangio-endothéliome, tumeurs mixtes et tératomes) ; la période terminale ; l'exploration radiologique (qui, déjà indiquée dans un goitre banal, l'est encore bien davantage dans un goitre soupçonné de malignité, et qui doit toujours s'étendre aux champs pulmonaires) ; le diagnostic différentiel (qui comporte essentiellement deux stades : ce que l'on sent, appartient-il au corps thyroïde ? s'agit-il d'un goitre bénin, d'un processus inflammatoire subaigu ou chronique, ou d'une tumeur maligne ?). L'auteur revient ensuite sur la conduite à suivre dans l'examen du malade ; la question des biopsies, les évolutions atypiques suivant l'allure évolutive, l'importance clinique de la tumeur primitive, la situation anormale du tissu thyroïdien dégénéré (intrathoracique, latéro-cervical, endotrachéal ou baso-lingual).

Dans le chapitre consacré au traitement, de Quervain expose tout d'abord comment poser les indications opératoires suivant les cas ; il indique ensuite la façon dont il faut conduire l'intervention, puis ce qu'il faut faire en cas de diagnostic douteux ou en cas de cancer inopérable ; dans ce dernier cas, enfin, il envisage les opérations à effectuer pour arriver à soulager le malade.

Ce volume, très complet, se termine par une étude du goitre malin chez les animaux. Le manuscrit en était à peu près terminé lorsque survint, le 24 janvier 1940, la mort du professeur de Quervain ; son collègue, le professeur Carl Wegelin, de l'Institut d'anatomie pathologique de Berne, a assuré la mise au point définitive de l'ouvrage ; il signale, dans la préface dont il l'a doté, que le lecteur regrettera sans doute que dans l'exposé des résultats du traitement du goitre malin manque un examen critique fondé sur l'expérience personnelle de l'auteur, mais il se demande si, en réalité, de Quervain lui-même n'aurait pas considéré pareille critique comme prématurée.

F.-P. M.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

L'ACIDIFICATION EN THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE (1)

La condition *sine qua non* de la prophylaxie et du traitement curatif en gynécologie est la connaissance exacte de la physiologie de l'organe. Or, si on connaît les grandes lignes de l'anatomie topographique et l'histologie des organes génitaux de la femme, la plupart des praticiens ignorent certains faits et phénomènes physiologiques et biologiques, peut-être peu apparents, mais qui ont une importance primordiale sur la conduite de toute thérapeutique.

La première constatation qui s'impose est l'acidité forte du vagin normal. Les auteurs de l'école allemande (Doderlein, Menge, Loeser), belge (Schockhaert, Delrue) et française (Brindeau, Hardoin, Ulrich, Pierra) sont d'accord sur l'acidité forte du vagin : l'ovaire, de par sa fonction folliculogénique, fixe le glycogène dans la muqueuse pariétale de l'organe ; les bacilles de Doderlein qui, contrairement à une opinion très répandue, ne sont pas des saprophytes, mais une variété de bacilles lactiques, transforment ce glycogène (hydrate de carbone) en acide lactique (propriété de tous les bacilles lactiques). Cette réaction acide protège les organes génitaux de la femme. Comme dit Schockhaert : « L'acidité joue le rôle principal dans le mécanisme de l'autodéfense », ou Lehmann : « C'est l'acide lactique qui, grâce à la concentration à laquelle il se trouve, ne permet qu'à très peu de germes de progresser dans le canal vaginal ». Les expériences de Menge sont concluantes : le pyocyanique, le staphylocoque doré et le streptocoque introduits dans le vagin sain de la femme disparaissent rapidement. (Le *p*H normal du vagin est 4,5.)

Dès que l'acide lactique disparaît, soit par manque de glycogène (cycle entravé par insuffisance folliculinique), soit par l'exagération de la sécrétion alcaline des glandes cervicales (endocervicite, endométrite), le *p*H monte, dépasse 6 et le bacille de Doderlein cède la place aux pathogènes dont le *p*H optimum s'approche de l'alcalinité.

Prophylaxie et traitement de la grande majorité des affections génitales de la femme doivent se baser sur les faits cités. Il faut bannir à jamais les injections antiseptiques qui détruisent la flore vaginale, altèrent la muqueuse. Il faut supprimer les alcalins, fatalement antiphysiologiques, dans le vagin. Il n'y a d'autre règle, pour diriger sa thérapeutique, que d'aider à la régénération de l'état physiologique normal de l'organe, régénérer sa flore défensive et veiller au maintien du *p*H acide constant : *p*H 4,5.

La clinique a entièrement prouvé le bien-fondé de cette méthode : les injections vaginales iso-acides à *p*H 4,5 (*Gyno-Lactosmose Lavril*), à base de bacilles lactiques, de glucose et acide lactique, constituent le traitement devenu classique de toute leucorrhée.

La thérapeutique curative des affections gynécologiques s'inspirera des lois physiologiques qui régissent le vagin : abandonnant les antiseptiques nuisibles, elle doit se baser sur l'anasepsie, c'est-à-dire la désinfection par changement de milieu, par la bactériothérapie lactique.

Depuis longtemps Brindeau emploie, avec succès, la bouillie lactique comme pansement obstétrical et cette méthode est adoptée, à l'heure actuelle, par la plupart des accoucheurs (Jeannin, Couvelaire, etc.).

L'anasepsie est la mise en œuvre des principes classiques de Metchnikoff, Hayen et Combe sur l'antagonisme qui existe entre la fermentation lactique et putride. Actuellement, en obstétrique, on emploie une association de bacilles lactiques en poudre et de lacto-sérum en solution (pansement *Lactosmose Lavril*). En principe, on imbibe une mèche de lacto-sérum que l'on saupoudre alors de bacilles lactiques, le plus simplement du monde.

Ce procédé remplace avantageusement la vieille bouillie lactique ; il présente de précieux avantages. D'abord, une action désinfectante uniforme, sûre et généralisée (le bacille lactique pénétrant dans les replis et culs-de-sac) ; une protéolyse remarquable qui frappe d'étonnement ceux qui, pour la première fois, utilisent le pansement de *Lactosmose Lavril* ; une cicatrisation régulière et réelle des tissus périnéaux.

L'injection vaginale acide de *Gyno-Lactosmose Lavril* complète ce traitement.

(1) Gyno-Lactosmose des Laboratoires Lavril.

VARIÉTÉS

LA FAMILLE DANS LES SÉRIES ANIMALES [1]

par Paul CARNOT

(Suite.)

SINGES ET ANTHROPOIDES

Particulièrement intéressante est l'étude des groupements familiaux chez les Singes, chez les Anthropoïdes surtout que l'on a si souvent comparés aux hommes primitifs, les ressemblances sociales complétant les ressemblances morphologiques.

Pour comprendre le comportement familial des Singes, nous envisagerons, séparément, trois sortes de groupements qui se juxtaposent et se combinent : *les groupements sociaux*, qui les font vivre ensemble en bandes plus ou moins nombreuses ; *les groupements sexuels*, qui aboutissent à diverses formes d'union génératrice ; *les groupements génophylactiques*, qui unissent parents et progéniture en vue de la protection des jeunes.

a. *Les groupements sociaux* ont une grande importance chez les Singes, animaux essentiellement sociables et qui ne peuvent vivre seuls.

En liberté comme au voisinage de l'homme, et dans la plupart des espèces, ils se recherchent, manifestement heureux d'être ensemble : ils dépérissent, au contraire, dans la solitude. A longueur de journées, ils se caressent, s'embrassent, s'épouillent, se poursuivent, se font des niches ; puis, brusquement, ils se chamaillent, s'injurient, se jalousent, se volent, ressemblant par leurs sentiments instables et bruyants aux enfants de l'homme, voire à bien des adultes de notre espèce.

Cette sociabilité exacerbée ne saurait être confondue, même pour des disciples de Freud, avec l'attraction intersexuelle (bien que, à la vérité, et surtout dans la promiscuité et l'encombrement des ménageries, leurs préoccupations sexuelles et leur lubricité soient au premier plan). Ils témoignent, en effet, leurs sentiments affectifs tout aussi bien aux jeunes impubères, aux Singes de même sexe, d'espèce voisine, voire à des animaux très différents, (tels que des chats ou même des serpents) avec lesquels on les fait vivre.

Leurs relations avec l'homme sont, dans maintes espèces, agréables et débordantes de sociabilité : ils semblent se réjouir de sa présence et se mettent en frais pour lui plaire ; ils acceptent sa domination et lui témoignent, parfois, un certain attachement ; ils cherchent à l'imiter. Souvent d'une excessive familiarité, ils sont brusquement rétifs et hostiles. Dans certaines espèces, ils sont capables d'un dressage étonnant, qui leur fait exécuter maints actes compliqués ; mais jamais ils n'atteignent l'intelligence de l'homme le plus fruste.

Leur réunion en groupes a, suivant les espèces, des types assez différents :

Certains, comme les *Cynocéphales Hamadryas* ou les *Guenons*, forment de *grandes bandes* de cent à cinq cents Singes parfois, comprenant plusieurs mâles, de plus nombreuses femelles, beaucoup d'impubères ; ils vivent alors en collectivité, habitant ensemble, se déplaçant par troupes, exécutant des expéditions combinées de pillage. Ces grandes bandes semblent dirigées par un ou plusieurs vieux mâles expérimentés, dont l'autorité est grande et dont les voyageurs ou les chasseurs décrivent, à l'envi, la prudence, le dévouement à la communauté, le courage même avec lequel, parfois, ils viennent au secours d'un jeune ou d'un blessé en danger.

C'est en s'intégrant dans ces grandes bandes que s'organise la vie familiale. Il semble bien, quoi qu'on en ait dit (Miller), qu'il n'y a pas, parmi ces bandes, communauté des femelles et que plusieurs familles y vivent côte à côte, d'habitude polygames, sans trop d'empiétements conjugaux, mais aussi sans une parfaite fidélité, comme elles le feraient dans un village humain.

D'autres Singes, tels que les *Chimpanzés*, certains *Gibbons*, vivent en *petites bandes*, beaucoup plus réduites, de dix à quinze unités seulement, parmi lesquelles il y a quelques mâles possesseurs de harems, ayant chacun plusieurs femelles, et d'assez nombreux impubères résultant de leur union.

Chez d'autres Singes, tels que les *Orangs*, on rencontre, au contraire, des familles isolées. Les voyageurs dépeignent, par exemple, des campements nocturnes avec des nids individuels de branchages : un pour le mâle ; un pour la femelle ; de plus petits pour les jeunes.

Rarement, on rencontre des mâles solitaires, vieux ou chassés des bandes, dépareillés et vivant à l'écart. Il est tout à fait exceptionnel de trouver de vieilles femelles isolées.

La cohésion sociale qui unit les Singes en

(1) Extrait d'un livre, en préparation, sur la biologie et la pathologie de la Famille (voy. les cinq premiers articles in *Paris médical* : nos des 10 et 30 mai ; 10 et 30 juin; 30 juillet 1941).

bandes plus ou moins nombreuses peut être comparée à celle que nous avons déjà rencontrée chez maints animaux vivant en commun, qu'il s'agisse des grands bancs de poissons, des colonies d'insectes, des grandes troupes d'oiseaux migrateurs ou des grandes hardes de rennes. Elle a, chez les Singes, une particulière importance parce que nous y trouvons, déjà, les caractères des sociétés humaines primitives.

b. *Les groupements sexuels* ont, chez les Singes, des formes assez différentes, intermittentes ou continues suivant qu'il y a, chez eux, intermittence ou continuité de l'œstrus.

Il semblerait assez facile, même chez les Singes en liberté, de distinguer ces deux types: en effet, lorsque le rut est saisonnier et revient seulement à des époques définies, toutes les naissances se produisent aussi au même moment, après un temps de prégnance uniforme. Au contraire, si le rut est continu, les fécondations (donc les naissances) s'échelonnent sur toute l'année. Or, il est facile (au cours de chasses aux Singes par exemple) de vérifier si les femelles sont, ou non, à la même période de gestation. Cependant, il y a encore, pour bien des espèces, des divergences entre les auteurs, ainsi qu'on s'en rendra compte à la lecture du livre, récent, de Zuckermann sur la vie sexuelle et sociale des Singes (qui vient d'être traduit dans la collection Jean Rostand). Une des raisons probables de ces divergences est que la vie commune en captivité modifie beaucoup les conditions du rut, de même que les conditions de nourriture et de chaleur varient suivant les espèces et d'une région à l'autre.

α.) Les Singes à *œstrus saisonnier* survenant à longue échéance ne sont attirés sexuellement qu'à cette époque de l'année: les mâles sont, alors, dans un état d'agitation extrême, très combatifs, luttant entre eux pour la conquête des femelles: celles-ci ne sont pas, elles-mêmes, à l'abri des bagarres et, dans un exemple rapporté par Zuckermann chez les Hamadryas, il y eut, alors, chez les mâles comme chez les femelles, un très grand nombre de morts violentes.

Les femelles en rut se reconnaissent souvent très facilement; chez les Hamadryas, par exemple, leur peau sexuelle se colore en rouge-vermillon et est gonflée. Elles ont, d'autre part, vis-à-vis des mâles, une posture provocante de « présentation périnéale », qui invite ceux-ci à des copulations itératives.

Mais, une fois la période de rut terminée, mâle et femelle deviennent indifférents l'un à l'autre et peuvent vivre, presque tout le reste de l'année, côte à côte, dans une même bande, en une sorte de sommeil sexuel. (Nous avons vu, déjà, des phénomènes analogues chez nombre d'animaux à rut saisonnier, chez des bandes d'Oiseaux ou de Cervidés par exemple, composées de mâles et de femelles anœstriques, devenus indifférents les uns aux autres.)

Il en est ainsi non seulement pendant les longues périodes d'anœstrus, mais encore pendant les périodes de prégnance et de lactation consécutives à la fécondation, où l'ovulation et le rut sont suspendus.

Suivant la comparaison de Zuckermann, mâles et femelles sont comme châtrés pendant l'anœstrus, tandis que, pendant l'œstrus, ils se comportent comme s'ils avaient reçu une greffe génitale ou une injection d'hormones œstrogènes. Or, vivant indifférents au sein d'une même bande, mâle et femelle sont entre eux de simples camarades et n'ont aucune raison sexuelle de poursuivre leur union: seules, des raisons génophylactiques, liées à l'amour maternel ou paternel, ayant pour but la protection des jeunes, pourront consolider cette union lorsqu'elle n'est plus provoquée par le désir sexuel.

A œstrus passager correspond donc, d'habitude, couplage passager aussi.

Le peu de durée et de solidité de cette union, qui n'est qu'une, passade, explique, d'autre part, son caractère multiple et cumulatif, mâles et femelles se croisant, alors, avec plusieurs partenaires.

A son tour, la multiplicité des géniteurs mâles fait que chacun s'intéresse peu à une paternité douteuse et partagée. Par là même, la mère seule conservera la charge de la progéniture. Le *matriarcat est donc une conséquence indirecte de l'œstrus saisonnier.*

β.) Il en est tout autrement chez les Singes à *œstrus continu ou rapproché*, chez les *Guenons*, les *Macaques*, les *Anthropoïdes* par exemple, qui ont une menstruation et une ovulation tous les vingt-sept jours, se répétant par conséquent douze fois par an comme chez l'Homme. La continuité de l'œstrus et du désir sexuel d'un bout de l'année à l'autre entraîne la continuité de l'union conjugale. Cette union, plus solide et plus durable, suffira à la femelle si elle satisfait ses instincts œstriques; elle aura avantage, pour elle et ses petits, à rester fidèle à son mâle; il y aura, alors, *monoandrie.*

A son tour, la monoandrie attachera le mâle

VARIÉTÉS *(Suite)*

responsable à la femelle et aux enfants qui naîtront de leur union : d'où constitution d'une famille solide, à double protection génophylactique du mâle envers la femelle et ses petits, *de type nettement patriarcal.*

Cette famille complète, si elle ne comprend qu'un mâle par femelle (monoandrie), pourra, par contre, comprendre, ou non, plusieurs femelles par mâle (poly- ou monogynie) :

La *polygynie* paraît être, chez les Singes (aussi bien que chez les Hommes primitifs), la forme habituelle. Les raisons en semblent multiples : instinct de possession et de jalousie très marqué chez nombre d'entre eux ; nécessité pour le mâle, en raison de la continuité de son rut, d'avoir à sa disposition, en tout temps plusieurs femelles de remplacement pour les périodes anœstriques de reproduction où les femelles fécondées portent ou nourrissent. D'autre part, la femelle ne portant en un an qu'un seul jeune, la polygynie augmentera le pourcentage des naissances, le mâle suffisant largement à la fécondation de plusieurs femelles.

Cette polygynie prend, le plus habituellement, la forme définie sous le nom de *harem par domination* : les mâles, en pleine vigueur musculaire et génitale, souvent après des combats d'une grande violence, éliminent les autres mâles, qui, battus et mécontents, s'éloignent à regret, prêts à revenir vers les femelles en cas de défaillance ou d'absence du vainqueur. Le harem par domination ne persistera donc que par la vigilance et la vigueur constantes du mâle et sera en danger dès que celles-ci fléchiront. On sait le magnifique parti que Darwin a tiré de cette lutte des mâles pour les femelles, pour l'explication de la sélection des espèces.

La *monogynie* existe, cependant, semble-t-il, chez certaines espèces de Singes particulièrement évolués, tels que les *Orangs* ou les *Gorilles.* Il y a, alors, constitution d'un véritable ménage, permanent et à peu près fidèle, durant le temps d'une portée (ou même de plusieurs) pendant lequel les parents vivent ensemble et protègent, ensemble, leurs enfants. C'est, en effet, avant tout, la protection de la génération, la « génophylaxie » qui provoquera la constitution d'une famille complète, où le mâle défend et nourrit femelle et petits, la femelle occupée uniquement de porter, d'allaiter et d'éduquer ceux-ci. La monogynie de certains grands Singes anthropoïdes est, certainement, un perfectionnement évolutif que l'on doit porter à leur actif.

γ.) *Les groupements génophylactiques,* ayant pour but la sauvegarde de la descendance, grâce au mécanisme de l'amour maternel et paternel, se superposent aux groupements sociaux et générateurs :

L'*amour maternel* est très développé chez la plupart des Singes, principalement en vie libre. Il fléchit parfois pendant la captivité où l'on a vu des mères se désintéresser de leurs petits, les battre ou, même, les tuer.

Le plus souvent, à leur naissance, les petits sont entourés de soins, allaités, portés dans les bras ou sur le dos ; les mères se sauvent avec eux en cas d'alerte ; elles leur apprennent à chercher leur nourriture après le sevrage ; elles les lavent, les nettoient, les essuient, les épouillent ; elles jouent avec eux, les éduquent et ne les abandonnent que lorsqu'ils peuvent se passer d'elles. Généralement, c'est un nouvel œstrus qui décide de l'émancipation des jeunes, les mères ne s'en occupant plus dès qu'elles sont reprises de leurs désirs sexuels.

L'*amour paternel,* très déficient en cas de promiscuité sexuelle, est, au contraire, de plus en plus accentué lorsque la famille est solidement constituée.

Même au sein de bandes nombreuses, chez les *Ouistitis* par exemple, le père s'occupe des enfants, les prend dans ses bras, les porte, et la mère s'en débarrasse souvent à son profit, d'autorité, après qu'ils ont tété.

Dans les petites bandes polygames, le père s'occupe, à la fois, des femelles et des enfants de son harem : il les prend en charge et les défend.

Dans les ménages isolés et monogames, la protection paternelle est beaucoup plus accentuée encore. Des voyageurs rapportent, par exemple, l'histoire d'Orangs mâles restant en faction au pied de l'arbre où se sont réfugiés femelle et jeunes, prêts à les défendre.

Cet instinct de protection des jeunes peut, d'ailleurs, s'étendre aux autres membres de la collectivité. Par exemple, les jeunes, devenus orphelins, peuvent être pris en charge par d'autres mères ou par d'autres pères. Nous avons signalé aussi le rôle tutélaire du chef de bande qui, souvent, commande, gourmande et même punit les jeunes, indociles et désobéissants, mais qui, par contre, les défend au péril de sa vie lorsqu'ils sont en danger.

Nous allons, maintenant, donner quelques exemples de constitution de la famille chez

VARIÉTÉS *(Suite)*

es différents Singes de plus en plus proches de l'homme.



Parmi les Singes inférieurs, nous prendrons pour type, chez les **Arctopithéciens**, *l'Ouistiti* ou *Marmouset* (*Jacchus vulgaris*), dont les mœurs sont bien connues parce qu'on l'apprivoise souvent par sa gentillesse et sa grâce. Il s'agit de jolis petits Singes du Brésil, ayant une longue queue touffue et de longues oreilles prolongées par un bouquet de poils, qui font transition entre les Écureuils et les Singes.

En vie libre, ils sont arboricoles, détestent la solitude et vivent, d'habitude, en bandes nombreuses. En captivité, dès qu'ils sont seuls, ils deviennent tristes, ne mangent pas, et on ne peut les conserver.

Le *Tamarin Œdipe*, espèce voisine, vit, au contraire, par petits groupes : ce qui montre bien la diversité sociale qui se rencontre entre espèces très voisines.

En captivité, les Ouistitis passent tout leur temps à s'amuser entre eux, joyeux et agiles : ils sont, de même, très joueurs avec les animaux qu'on leur donne pour compagnons, avec les chats par exemple, se couchent contre eux avec tendresse, peut-être pour profiter de leur chaleur... Ils sont familiers avec l'homme et lui témoignent de la confiance, sensibles à ses caresses, mais ne les lui rendant pas... Continuellement en mouvement le jour, à la façon des écureuils, ils se reposent la nuit, couchés sur une branche. Ils ont deux portées par an, d'après Pallas, avec deux ou trois petits par portée.

Le grand Cuvier rapporte l'histoire d'un couple d'Ouistitis qu'il a observé au Muséum. On y avait réuni, fin décembre, un mâle et une femelle oustitis, qui ne tardèrent pas à s'accoupler ; ils continuèrent, d'ailleurs, à copuler tout le temps de prégnance, ce qui gêna Cuvier pour l'établissement d'une durée de la gestation. Quatre mois après, la femelle mettait bas trois petits qui, les yeux déjà ouverts, s'attachèrent aussitôt à leur mère en se cachant dans les poils de sa nuque. Mais, avant même qu'ils n'aient tété, la mère mangea la tête de l'un d'eux ; après quoi, la portée ainsi réduite à ses possibilités, la mère nourrit les deux autres et les éleva sans incidents. Elle fut bientôt aidée dans sa tâche par le père, qui les portait sur sa poitrine et sur son dos.

Edwards, Brehm racontent que, lorsque la femelle est fatiguée de porter ses petits, elle s'approche du mâle, jette un cri plaintif : aussitôt celui-ci les prend avec les mains, les place sur son ventre ou sur son dos, où ils se tiennent seuls, et les porte ainsi jusqu'à ce que le besoin de téter les rende inquiets ; il les rend, alors, à la mère, qui ne tarde pas à s'en débarrasser à nouveau. Parfois, si le mâle ne veut pas s'en charger, la mère se fâche et les met de force entre ses bras...

Parmi les **Platyrrhinins** du Nouveau-Monde, le *Saï* ou *Capucin* (*Cebus capucinus*), le plus commun des Sajous, vit dans les forêts des Andes, passant sa vie sur les arbres, mais sans demeure fixe, très sauvage et craintif, par petits groupes de cinq à six seulement.

Les femelles seraient plus nombreuses que les mâles (Rengger) : aussi, la polygamie y est-elle de règle.

La femelle met bas un seul petit, en janvier ; mais, d'après Vislowki, la procréation se ferait en toutes saisons.

La mère porte le jeune sur sa poitrine ou sur son dos, lui donnant à téter, le nettoyant, menaçant les autres Singes s'ils s'approchent de trop près, l'emportant en cas de danger, le défendant et ne l'abandonnant pas, même quand elle est blessée.

Rengger rapporte qu'éveillé par des sons flûtés très agréables il vit un vieux mâle s'avancer timidement avec douze ou treize Singes des deux sexes, trois femelles portant leur petit sur le dos ou sur le bras. Un instant après, toute la société était installée sur un oranger couvert de fruits ; les plus forts cherchaient à voler les plus faibles, grinçaient des dents, se prenant par les poils et se houspillant. Lorsqu'ils furent rassasiés, ils se couchèrent sur une branche, tandis que les plus jeunes, très agiles, jouaient à se balancer en se suspendant par la queue. Ayant voulu goûter, eux aussi, aux fruits, les jeunes furent repoussés durement par les mères qui les saisirent par la tête et leur donnèrent à téter.

En captivité (si les Capucins se reproduisent) le père et la mère s'occupent toute la journée de leur petite famille. Cette affection s'étend, d'ailleurs, au delà de leur progéniture ; car, au Paraguay, où on les élève souvent avec de jeunes chiens, ils les aiment aussi tendrement que leurs enfants et les défendent même au besoin.

Le *Macaque* (*M. sinicus*), très répandu dans l'Inde (le Dieu-Singe de Bénarès), y est respecté à tel point que les Hindous n'osent le chasser

VARIÉTÉS *(Suite)*

et lui abandonnent, avec de grandes salutations, une partie de leur récolte.

Cuvier a donné quelques détails sur une famille née au Muséum :

Le jeune ne quitta pas les mamelons de la mère pendant les quinze premiers jours. Celle-ci s'inquiétait constamment de sa sécurité. Elle le serrait avec amour dans ses bras s'il était menacé. Elle s'efforça, ensuite, de lui apprendre à grimper. Après six semaines, le jeune cherchait lui-même une nourriture autre que le lait ; mais la mère, qui ne voulait pas le sevrer, lui arrachait les aliments des mains en lui donnant des corrections.

Le *Cynocéphale hamadryas* (*Papio hamadryas*), le plus grand des Singes après les Orangs, vit dans les rochers des hautes montagnes de l'Afrique, de l'Abyssinie notamment. Son grossier museau de chien, son derrière rutilant, qui se gonfle au moment du rut et attire violemment l'attention, ses gestes lascifs et impudents le rendent repoussant. Les négresses, surtout, s'en méfient : car on dit qu'il les enlève parfois, mais sans leur faire de mal.

A l'état sauvage, en Abyssinie, de grands troupeaux d'Hamadryas, observés par Alvarez, par Brehm, comprennent de cent cinquante à trois cents Singes de tous âges, avec seulement douze à quinze mâles, les autres étant des femelles ou des jeunes impubères des deux sexes. Les bandes sont conduites par de vieux mâles qui guettent le danger, donnent le signal de la fuite et dirigent la troupe. On raconte qu'en cas d'attaque les Hamadryas lancent sur l'ennemi leurs ordures et urinent sur eux, à volonté, comme les chiens.

La polygamie des Babouins est la règle : il y a, dans les bandes, beaucoup plus de femelles (peut-être parce que les autres mâles ont été chassés). Il ne semble pas qu'il y ait promiscuité sexuelle. Chaque mâle a son harem de femelles, qui, sans faire preuve d'une fidélité bien grande, restent, généralement par force, unies à lui. Les mâles qui cherchent à les accaparer sont chassés tant qu'ils ne sont pas les plus forts. Parmi ce harem, le mâle s'occupe, d'ailleurs, seulement des femelles en

VARIÉTÉS *(Suite)*

rut, à peau gonflée, qui, de leur côté, se frottent à lui et ne le quittent pas ; il ne s'occupe guère de ses femelles en gestation ou en allaitement, qui font cependant partie de son harem.

En Abyssinie, on trouve, aux premières heures de la journée, toute la bande dans son campement, sur des rochers à pic, serrés les uns contre les autres, les petits contre le corps de leur mère, quelquefois de leur père. Ils remuent les pierres pour attraper des insectes, des fourmis, des escargots, des racines. Les petis jouent et se battent sous l'œil des mères. Puis la bande se déplace en envoyant des éclaireurs (Alvarez). Lorsqu'un homme ou un léopard se montrent, ils poussent des sortes d'aboiement : les jeunes se réfugient près des vieux ; les petits s'attachent à la poitrine de la mère ou grimpent sur son dos ; toute la bande s'ébranle et s'éloigne en courant et en sautant sur ses quatre pattes.

Brehm rapporte l'histoire d'une chasse où, un jeune retardataire de six mois étant tenu en arrêt par les chiens, un des mâles les plus vigoureux, fier et plein de dignité, s'avança vers les chiens sans se presser, leur jeta des regards qui suffirent à les tenir en respect, monta lentement sur le bloc de rochers, caressa le petit singe et retourna avec lui en passant devant les chiens, tellement ébahis qu'ils le laissèrent tranquillement aller avec son protégé, alors que tout le reste de la bande faisait, dans le fourré voisin, entendre des sons menaçants.

Zuckermann rapporte, en détail, l'histoire de cent Babouins hamadryas, lâchés au printemps de 1925, par la Société zoologique de Londres, dans un vaste enclos de rochers bien aménagé (et, même, chauffé à l'électricité), dit « La Butte aux Singes ». Il y avait, à la fois, des mâles et des femelles. Ces femelles suscitèrent une excitation intense, et les vieux mâles tâchèrent de se les attribuer. Quinze d'entre elles furent tuées au cours des combats, ainsi que de nombreux mâles, en sorte que la Direction dut isoler les femelles pour rétablir le calme, tant ces luttes prenaient un caractère répugnant. Beaucoup de jeunes mouraient,

(Voir la suite page VII.)

VARIÉTÉS *(Suite)*

d'autre part, par les soins exagérés des mères qui les étreignaient parfois avec tant de brutalité qu'elles leur écrasaient la poitrine, ou qui, au contraire, se montraient trop négligentes. Mais il est probable que la captivité et la promiscuité étaient, alors, responsables de ces scènes et de la mortalité considérable observée.

Les Babouins ne semblent pas vivre, normalement, en promiscuité sexuelle. Les femelles n'entretiennent des relations qu'avec leur mâle dominant, et seulement pendant les phases d'activité sexuelle caractérisées visiblement par le gonflement et la rougeur du périnée ; à ce moment, la femelle « présente » ces parties, sans arrêt, en une attitude de prosternation, regardant le mâle avec fixité, puis se frotte à lui en criant sur un ton suraigu, jusqu'à ce qu'il ait répondu à cette provocation en la montant plusieurs fois de suite. D'ailleurs, quand il en a assez, il attaque la femelle des dents et des mains, lui tire les poils, la mord à la nuque et s'en va vers une autre femelle ou, même, vers un jeune mâle.

Si, pendant le rut, la femelle ne quitte pas son mâle et lui est, par conséquent, fidèle, il suffit de peu pour qu'elle ne le soit plus : si le maître la quitte, même quelques instants, aussitôt elle se met en position devant d'autres mâles qui, rapidement, la montent et s'esquivent ensuite prudemment. C'est seulement si le maître ne peut soutenir, musculairement et sexuellement, sa dominance qu'il accepte l'intrusion de célibataires ou, même, d'autres femelles, (Car l'homosexualité féminine est la plaie de tous les harems du monde...)

Les *Cercopithèques* (ou *Guenons*), que leur gracieuseté et leur gaîté ont introduites depuis le XVIe siècle dans la familiarité de l'Homme, sont, par là-même, des Singes les mieux connus. En liberté, ils vivent par grandes bandes, agités, grimpant, courant, pillant, grimaçant, jouant, sautant d'arbre en arbre, sous la conduite d'un vieux mâle qui, en ordre de marche, prend la tête, surveille la colonne, signale l'ennemi.

Les mères s'occupent uniquement de leurs petits et se laissent guider comme le reste de la bande.

Le pillage d'un champ de maïs par une de ces bandes a été pittoresquement décrit par Brehm. Y a-t-il alerte ? Le chef pousse un cri tremblant et chevrotant ; chaque mère, alors, appelle son enfant, l'emporte dans ses bras, tâchant de conserver le plus possible de ce qu'elle vient de voler.

En captivité, les Guenons sont affectueuses, non seulement avec leurs enfants, mais, souvent aussi, avec d'autres jeunes Singes pour lesquels elles ont le même attachement que pour les leurs.

Particulièrement intéressantes sont les relations familiales des **Anthropoïdes**, de beaucoup les Singes les plus proches de l'Homme.

Le *Langure*, protégé comme un des animaux sacrés de l'Inde, vit en énormes troupeaux composés de mâles et de femelles de tous âges, par groupes de familles, sous la direction d'un chef. Quelques mâles vivent solitaires. A certaines époques, les mâles adultes se battent et les vaincus rejoignent des bandes de jeunes célibataires. Pour Hutton, il y aurait promiscuité sexuelle, la paix régnant entre les mâles qui restent ensemble. Il semble, cependant, que les troupes de mâles attaquent, quand ils le peuvent, les harems qui n'ont qu'un maître ; mais les mâles vainqueurs se battent ensuite entre eux et luttent jusqu'à la dominance entière d'un seul.

Parmi les *Gibbons*, les *Siamangs* et les *Hoolochs* vivent en grands troupeaux dans les arbres, sautent de branche en branche, à des distances prodigieuses, très mauvais marcheurs par contre.

D'après Tickell, en Malaisie, les petits naissent au début de la saison des froids ; le jeune reste à la mamelle six mois environ.

Les soins des mères pour les petits sont des plus tendres. D'après Duvaucel, elles les portent à la rivière, les débarbouillent, les essuient, les sèchent.

Les autres Gibbons vivent en petits groupes familiaux. Ils seraient monogames d'après Klom, et l'on trouve, en effet, des groupes composés uniquement du père, de la mère et d'impubères.

L'*Orang-Outang* (*Simia satyrus*), dans les forêts marécageuses de Bornéo et de Sumatra, semble le moins sociable des Anthropoïdes. Il ne se réunit jamais en groupes de plus d'une famille. De Crespigny a trouvé des campements nocturnes où le mâle n'occupait pas le même arbre que la femelle et l'enfant. D'après Schlegel et Muller, le mâle vit séparé de la femelle, sauf pendant le rut. Mais, pour Zuckermann, il est improbable qu'il y ait une véritable saison du rut. D'après Hornadaez, les combats furieux entre

VARIÉTÉS *(Suite)*

mâles feraient conclure à la constitution d'un harem sous la domination exclusive du mâle le plus fort.

Le *Gorille*, le plus grand des Simiens, dans les forêts du Gabon et du Cameroun, se rencontre en bandes variant de 4 à 50 individus. Les petites bandes n'ont qu'un mâle, sous le régime polygame du harem. Les bandes plus importantes sont constituées par l'agrégat de plusieurs familles.

On trouve parfois des nids grossiers, pour une nuit, faits de branches écartées et cassées, gardant l'empreinte du corps. Il y a, ainsi, des nids assez grands pour le père, pour la mère et d'autres nids plus petits pour les enfants (Reichenow). Il s'agit donc là de familles monogames, vivant isolément.

Du Chailly, en Afrique tropicale, a décrit de ces campements de Gorilles : le mâle dormait au pied de l'arbre, le dos accoté à son tronc, pelé de ce chef, faisant sentinelle, tandis que la femelle et le petit étaient cachés dans l'arbre ; il n'a jamais trouvé, ensemble, que le mâle, la femelle et l'enfant.

Parfois, on trouve, pendant le jour, un mâle assis sur un rocher, sa femelle mangeant près de lui ; c'est souvent elle qui signale le danger. Il se dresse alors avec un aspect terrible ; c'est lui qui combat et défend sa famille, pendant que la mère fuit, avec le petit accroché à son cou ou pendu à sa mamelle.

Pour Burns, Chorley, Dyce Sharpe, au contraire, le Gorille serait polygame comme la plupart des Singes.

En Ouganda, Chorley a vu une famille de Gorilles de montagne, comprenant un adulte mâle, quatre adultes femelles et deux jeunes. Le vieux mâle, grisonnant, semblait d'humeur orageuse : car, de temps en temps, il saisissait une de ses femelles par la tête et réussissait à la jeter à huit mètres de là. Néanmoins, ses femelles semblaient le considérer avec une réelle affection et repoussaient les deux jeunes mâles qui leur faisaient des avances.

D'après le capitaine belge Arrhénius, il y aurait, au Congo, plusieurs variétés de Gorilles, de mœurs assez différentes. Il a rencontré, par exemple, une troupe de trente Gorilles qui se mirent à hurler et s'enfuirent vers les points inaccessibles de la montagne. L'un d'eux marchait debout, en s'appuyant sur un fort bâton.

Les autres variétés de Gorilles vivent par troupes plus petites ; d'autres, par famille. Les nids au sol, d'après Yerkes et Yerkes, sont les plus fréquents au Cameroun. Au Gabon, au contraire, les nids, très sommaires, sont en grand nombre dans les arbres.

Plus près encore de l'Homme est le *Chimpanzé* (*Anthropopithecus troglodytes*), qui habite les forêts de l'Afrique occidentale et est le mieux étudié des Primates.

A l'état sauvage, il vit en petites troupes, se déplace avec sa famille à la recherche des bananes et des baies de papayer, plus arboricole que le Gorille.

D'après Wilbert, à la Singerie africaine de l'Institut Pasteur, le Chimpanzé entre en ménage à la saison des pluies d'août à octobre et procrée plus spécialement de juin à septembre.

Garner a observé des bandes polygames de onze, cinq, trois et deux Chimpanzés.

Buck décrit un groupe de familles, en bandes plus grandes que celles du Gorille, comprenant un mâle adulte, deux femelles mûres (dont une nourrissait) et huit animaux impubères. Les adultes rappelaient à l'ordre les jeunes, trop malicieux. « Quand ils grimpèrent dans un arbre pour y dormir, le maître accompagna la femelle qui ne nourrissait pas : la mère-singe disparut seule dans la nuit... »

Garner a décrit des « carnavals » de Chimpanzés : un d'eux frappait violemment sur une sorte de tambour en argile, tandis que les autres bondissaient de façon sauvage et grotesque pendant des heures.

Sokolowski a décrit un harem, observé en captivité ; il y avait quelques jeunes femelles et un jeune mâle, dominés par un vieux mâle qui contrôlait les gestes des uns et des autres, conservant son austérité, ne se permettant ni exercices, ni jeux. L'appétit sexuel de ce mâle était très grand et il imposait, chaque jour, à ses femelles, des rapports répétés : à cette fin, il saisissait une des femelles qui, même si elle résistait au début, finissait par céder à sa force supérieure et par se soumettre. Quand il voyait le jeune mâle tenter de couvrir une des femelles, il se jetait sur le couple et chassait le jeune mâle avec coups et morsures ; le jeune mâle ne réussissait à copuler que pendant le sommeil du vieux... Il faisait alors des avances aux femelles, qui les acceptaient immédiatement ; aussitôt après, il se sauvait avant le réveil du maître...

***

Si nous cherchons à résumer, en une vue d'ensemble, l'évolution de la Famille chez les

VARIÉTÉS *(Suite)*

Singes, de plus en plus proches de l'Homme, nous y voyons une tendance de plus en plus marquée à la stabilité de l'union sexuelle et à la protection de la descendance.

Contrairement à ce qui se passe chez la plupart des animaux inférieurs (où, nous l'avons vu, les unions sont doublement polygames et transitoires, et où la famille est d'habitude uniquement matriarcale), il semble que, chez les Singes de plus en plus évolués, les unions soient de plus en plus durables, de plus en plus solides, de plus en plus avantageuses pour la progéniture.

a. La *promiscuité des femelles*, avec *polyandrie* systématique, est relativement rare.

b. Le plus souvent, le régime intersexuel devient mixte : nous l'appellerons *monoandrie-polygynie* : la monoandrie assure à la femelle la protection efficace du mâle, à la fois pour elle et sa progéniture ; la polygynie, simultanée, procure au mâle et sous sa dominance, à la fois, des femelles œstriques, qu'il copule et féconde, et des femelles gestantes et nourrices qu'il protège encore (même à la phase de sommeil œstral) et dont il protège les enfants.

c. C'est, enfin, dans les espèces les plus évoluées qu'il y a tendance à la *double monogamie* : *monoandrie-monogynie.*

C'est là un perfectionnement très important pour la solidité de la famille et la protection des jeunes : le mâle, unique, défend et nourrit femelle et enfants ; la femelle, unique aussi, les porte, les nourrit et les éduque : la famille est devenue à la fois paternelle et maternelle, mais de dominance *patriarcale.*

Nous verrons que le sens de cette évolution se continue et s'accentue, bien davantage encore, dans les diverses races humaines primitives.

NÉCROLOGIE

Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH

La mort de Mme Nageotte a douloureusement ému tous ceux qui ont eu l'occasion de la connaître. Depuis plus de cinquante ans, elle participait avec un zèle et un dévouement exceptionnels à notre vie hospitalière parisienne, et elle avait acquis dans les milieux pédiatriques une autorité justifiée. Interne des hôpitaux de Paris en 1889, vite appréciée de ses maîtres, elle rencontra à l'hôpital Lariboisière un de ses collègues, Jean Nageotte, qui devait plus tard être, au Collège de France, un des maîtres de l'histologie du système nerveux. Il unit sa vie à la sienne en 1891, et parallèlement tous deux ont, pendant un demi-siècle, accompli une belle œuvre médicale. En fréquentant aux Enfants-Malades le service de Saint-Germain, Mme Nageotte prit goût à l'orthopédie. Très vite elle dirigea dans cet hôpital, de 1895 à 1920, un service de gymnastique orthopédique. De 1924 à 1939, elle en créa et dirigea un autre à l'hospice des Enfants-Assistés. J'ai pu personnellement apprécier l'action salutaire qu'elle a ainsi exercée sur la jeune population parisienne, qu'elle soignait bénévolement. De nombreuses publications lui sont dues qui témoignent, dans ce domaine, de la précision et de la finesse de son observation, de l'ingéniosité et de l'efficacité des méthodes qu'elle préconisait. Son *Atlas de gymnastique orthopédique* paru en 1903 est resté classique, de même que son petit livre sur le *Traitement des déviations de la colonne vertébrale et de l'insuffisance respiratoire* (réédité en 1937). Ce sont des modèles d'exposition simple et pratique.

Sa curiosité médicale s'étendait d'ailleurs à bien des domaines. Outre sa belle thèse sur le *Traitement antiseptique des brûlures* (1893), très neuve à l'époque, elle a publié une série de mémoires, pleins de justes remarques, sur l'appendicite des jeunes enfants, l'épilepsie infantile, l'élévation congénitale de l'omoplate, la raideur juvénile, les scolioses, l'aplasie du plastron sternocostal et le thorax en entonnoir, le rôle tératogénique des tentatives d'avortement, et bien d'autres travaux qui, tous, témoignent de la précision de son observation et de sa sagacité clinique. Pendant plus de trente ans, elle a fréquenté la Société de pédiatrie, où sa petite voix, claire et nette, était toujours écoutée avec profit. C'est par acclamations qu'elle fut, en 1931, appelée à en être la présidente, la première.

Très au courant des travaux étrangers, elle introduisit en France la méthode de Milne et montra sa valeur dans la prophylaxie et le traitement de la scarlatine et de la rougeole. Et surtout c'est à elle que nous devons le premier exposé de ce que peut être le *Service social à l'hôpital.* Elle fit connaître l'œuvre de Richard Cabot à Boston, en précisa le but et les résultats, obtint qu'un essai en fût fait dans le service du professeur Marfan aux Enfants-Malades et, grâce à la généreuse impulsion de Mme Georges Getting, provoqua le merveilleux développement de cette forme précieuse d'assistance à notre clientèle hospitalière d'enfants et d'adultes.

Lors de la guerre de 1914, Mme Nageotte se mit, à l'Hôpital du Val-de-Grâce, à la disposition de son maître Jalaguier et, pendant cinq ans, rendit quotidiennement aux blessés d'alors d'immenses services. Elle reprit avec le même zèle sa tâche

NÉCROLOGIE *(Suite)*

dans ce même hôpital en 1939, et je voudrais pouvoir redire ici les paroles émues de reconnaissance que j'ai entendues des blessés qu'à ces deux périodes elle eut à traiter et à réconforter.

A sa carrière médicale, elle en joignait une autre, et, musicienne accomplie, elle sut merveilleusement donner aux vieilles poésies de son pays natal l'accompagnement musical qui leur convenait, en y mettant, avec son talent, une partie de son cœur.

Comme l'a dit mon collègue Jean Hallé, « seuls ceux qui l'ont approchée de près peuvent savoir ce qu'il y avait de générosité, d'intelligence, de charité dans ce petit corps aux allures un peu étranges, dans cette petite tête aux traits accusés et énergiques ». Partout où elle a passé, elle a voulu et su faire du bien, et, quand elle prenait en été un peu de repos dans le Morvan, c'était encore pour elle l'occasion de soulager des infortunes. Son souvenir sera durable parmi tous ceux et celles qu'elle a soignés, aidés et réconfortés au cours de ce demi-siècle d'incessant labeur.

P. LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1941.

M. le PRÉSIDENT annonce en termes émus le décès de M. Gautrelet et celui de M. Rathery, membres titulaires.

Rapport. — M. BROCQ-ROUSSEU dépose un rapport sur des demandes en autorisation de sérums.

Le glutathion dans le sang chez divers malades et en particulier chez les cancéreux. — M. Léon BINET rapporte le résultat de dosages effectués avec M. Weller sur le sang de divers malades : il étudie le corps soufré connu sous le nom de glutathion et note de grosses variations de ce corps au cours de diverses maladies. L'atteinte des capsules surrénales, les maladies du foie déterminent une baisse importante de ce corps ; par contre, dans le cancer, on peut enregistrer une élévation du glutathion sanguin par rapport au nombre des globules rouges.

Traitement par la testostérone d'un garçon de vingt-deux ans présentant une hypotrophie staturale et un infantilisme d'origine hypophysaire (tumeur de la poche de Rathké). — MM. Pierre NOBÉCOURT et S. BRISKAS. — Un garçon, soigné par l'un de nous, depuis l'âge de douze ans, pour un nanisme causé par un cranio-pharyngiome formé dans les vestiges embryonnaires de la poche de Rathké, présente, à vingt-deux ans, une *hypotrophie staturale* et un *infantilisme.*

Nous le traitons régulièrement pendant huit mois par des injections intramusculaires de *propionate*, puis *d'acétate de testostérone*, à des doses atteignant jusqu'à 20 milligrammes ; ensuite le traitement est irrégulier.

La *puberté* débute trois mois après le commencement du traitement et évolue : poils pubiens et axillaires, ombre de moustache, accroissement du pénis et des bourses, augmentation légère des testicules, érections et éjaculations d'un liquide donnant la réaction de Florence, contenant d'assez nombreuses cellules séminales, dans lequel on ne voit pas de spermatozoïdes, modifications du psychisme. Cette évolution pubérale est attribuable à la testostérone, qui supplée la carence des testicules.

D'autres phénomènes, légère poussée de croissance staturale, accroissement du poids et du périmètre thoracique, diminution du coefficient de Pignet, etc., peuvent relever de facteurs autres que l'action du médicament.

Rôle de la cortico-surrénale dans l'hypertension essentielle et l'hypotension. — MM. A. GIROUD, P.-L. DESCLAUX et Mme Magd. MARTINET. — Plusieurs faits permettaient de supposer que l'activité fonctionnelle de la cortico-surrénale se modifiait au cours des variations tensionnelles. Entre autres, dans la maladie d'Addison, il existe une hypotension curable par l'hormone corticale. D'autre part, l'usage prolongé de la désoxycorticostérone provoque de l'hypertension.

On pouvait donc supposer trouver des modifications de la sécrétion de l'hormone corticale au cours de l'hypertension et de l'hypotension.

L'étude de l'élimination urinaire de cette hormone a été faite chez des hypertendus et chez des hypotendus. Elle révéla que la sécrétion d'une ou plusieurs des hormones cortico-surrénales est augmentée dans l'hypertension essentielle et qu'elle est, au contraire, diminuée dans le cas inverse, c'est-à-dire dans l'hypotension.

Ces faits ne préjugent pas que le cortex ait un rôle indépendant de la médullaire, ni que son action soit directe ; ils montrent seulement l'importance de la cortico-surrénale.

Nouvelles recherches relatives à la toxicité de l'édulcorant dit « Dulcine ». — MM. KING, BOVET et Mme MARTINET.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS

BÉNERVA " ROCHE " (vitamine B_1, aneurine cristallisée). — Algies, polynévrites, myocardies, croissance, asthénie, surmenage, etc. Comprimés à 1 milligramme. Ampoules de 1 centimètre cube à 2 milligrammes. Ampoules de 1 centimètre cube (fortes) à 10 milligrammes.

Produits F. Hoffmann-La Roche et *Cie*, 10, *rue Crillon, Paris* (*IVe*).

LAROSCORBINE " ROCHE " (vitamine C, acide l-ascorbique synthétique). — Infections, intoxications, hémorragies, scorbut, états allergiques, carences et pré-carences, etc. Comprimés à 50 milligrammes. Ampoules de 2 centimètres cubes à 100 milligrammes. Ampoules de 5 centimètres cubes à 500 milligrammes.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, *rue Crillon, Paris* (*IVe*).

ÉPHYNAL " ROCHE " (vitamine E, acétate de dl-α-tocophérol). — Avortements habituels, troubles de la grossesse, stérilité, impuissance, dystrophies, atrophie musculaire progressive, sclérose latérale amyotrophique, etc. Comprimés à 3 milligrammes.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, *rue Crillon, Paris* (*IVe*).

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Victor Gardette, officier de la Légion d'honneur, père et beau-père de MM. les Drs Paul Gardette et Joseph Belle. Nous adressons à toute la famille du Dr Victor Gardette l'expression de notre sympathie attristée. — Le Dr Lagrange, ophtalmologiste bien connu des hôpitaux de Paris, fils du regretté professeur Lagrange, de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Dr Félix Bernard, médecin consultant (de Plombières). — Mme Saint-Béat, femme de M. le Dr Saint-Béat (de Salies-de-Béarn). — Mrs Arthur Lane, belle-mère et mère de M. le Dr et de Mme Jean Schneider. — Le Dr Archimbaud (d'Aubenas).

MARIAGES. — M. Bernard Duhamel, interne des hôpitaux de Paris, fils de M. Georges Duhamel, de l'Académie française, membre de l'Académie de médecine, et de Mme Georges Duhamel, et Mlle Paulette Masson. — Le Dr Pierre Lance, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, fils de M. le Dr Marcel Lance, membre de l'Académie de chirurgie, et de Mme Lance, et Mlle Jacqueline Adam. — Le Dr Robert Claisse, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Mlle Marie-Thérèse Bergougnan.

NAISSANCES. — Le médecin capitaine et Mme Poirier font part de la naissance de leur fille Michèle (Roanne).

Le Dr et Mme André Bouniol font part de la naissance de leur fils François.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Lemoyne, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Finistère, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la Santé : Mlle le Dr Anselme (Savoie) ; Mme le Dr Chrétien (Charente).

M. le Dr Alsac, médecin inspecteur adjoint de la Santé d'Ille-et-Vilaine, est affecté, en la même qualité, dans les Hautes-Pyrénées.

M. le Dr Lesbronssart, médecin inspecteur de la Santé, placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940, est mis en position de disponibilité spéciale à compter du 8 juin 1941.

Contre la stérilité involontaire. — La Délégation générale du Gouvernement français dans les territoires occupés (secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) communique :

« Un service de laboratoire et de recherches vient d'être organisé pour lutter contre la stérilité involontaire.

« Ce service fonctionne actuellement à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune (XIVe), sous la direction des Drs Lacomme, agrégé, pour la partie clinique, et Jayle, agrégé, pour la partie laboratoire.

« Tous renseignements complémentaires utiles doivent être demandés au siège même de l'établissement. »

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Vacances de chaires. — Sont déclarées vacantes les chaires de médecine légale et de pathologie chirurgicale.

Le Dr Chevallier, agrégé, est provisoirement chargé d'enseignement (Histoire de la médecine).

CHAIRE DE CHIMIE. — Travaux pratiques supplémentaires. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu, à dater du lundi 6 octobre 1941, à 14 heures.

A cette série, pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (1re et 2e années) ;

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens de fin d'année.

Droits d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi, vendredi, de 14 à 16 heures.

Nota. — Cette série n'aura lieu que si le nombre des étudiants est suffisant.

CHAIRE DE PHYSIOLOGIE. — Travaux pratiques supplémentaires. — Une série de séances de révision des travaux pratiques de physiologie commencera le mercredi 8 octobre, à 14 heures. Ces séances se termineront le mardi 14 octobre.

Les droits d'inscription sont de : 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er octobre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Les chaires de physiologie, de clinique ophtalmologique et de thérapeutique de la Faculté de médecine de Marseille sont déclarées vacantes.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le professeur Simonin, de la Faculté de Strasbourg, est chargé de l'enseignement de la médecine légale à la Faculté d'Alger.

M. Sabon, assistant, est provisoirement chargé des fonctions de chef des travaux de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

NOUVELLES *(Suite)*

M. Ferrari, professeur sans chaire, est chargé provisoirement du service de la clinique d'oto-rhino-laryngologie, en remplacement de M. Aboulker.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Le Dr Foucault, professeur d'anatomie, est provisoirement chargé de l'enseignement de la clinique obstétricale.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Avis de concours.** — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 29 septembre 1941, à 14 heures.

Les candidats devront se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, de 14 heures à 17 heures, depuis le lundi 25 août jusqu'au 4 septembre 1941 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

SOCIÉTÉS SAVANTES

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Lacassagne est nommé professeur titulaire de la chaire de radio-biologie expérimentale au Collège de France, à dater du 1er octobre 1941.

REVUE DES LIVRES

Mensuration de la pression sanguine et circulation dans les artères chez l'homme (*Blutdruckmessung und Kreislauf in den Arterien des Menschen*), par H. von Recklinghausen (de Munich). Un volume de XX-532 pages. (*Th. Steinkopff, éditeur, Dresde et Munich*, 1940.)

Dans ce livre, très richement documenté et illustré, qui fait une assez large place aux travaux et appareils français les plus classiques comme les plus récents, et qui constitue le quatrième volume de la *Bibliothèque sur la Circulation* publiée en liaison avec la Société Allemande de Recherche sur la Circulation, l'auteur s'est attaché à reprendre de fond en comble la question de la mesure de la pression sanguine et de la circulation dans les artères de l'Homme, à faire l'historique et à envisager l'état actuel des problèmes ainsi soulevés, à exposer les tentatives nouvelles faites pour les résoudre. Sans nier l'incontestable intérêt physiologique, clinique et thérapeutique des procédés actuels de mensuration non sanglante de la pression artérielle, il insiste : sur les incertitudes qui persistent sur ce que nous mesurons ainsi exactement ; sur l'interprétation à donner aux chiffres ainsi obtenus ; sur l'importance des altérations apportées à la pression artérielle par l'appareil même de mesure.

Après un rappel historique des procédés sanglants de mesure de la pression chez l'Animal, puis des premiers travaux sphygmographiques et surtout des diverses méthodes indirectes de mesure de la pression artérielle chez l'Homme, la partie essentielle de l'ouvrage est une analyse minutieuse des bases théoriques de cette mensuration indirecte. La théorie de l'oscillométrie, celle de la propagation de l'onde élastique, la physiologie de la paroi artérielle, l'hyperpression de stase sont étudiées à fond et conduisent à l'exposition détaillée d'une théorie originale de l'onde pulsatile. L'auteur se trouve ainsi convenablement armé pour une critique systématique des appareils employés et des courbes obtenues, et même pour un examen de la mensuration directe de la pression sanguine chez l'Homme par le procédé moderne de la ponction artérielle.

Il envisage ensuite tout aussi à fond les grands problèmes de l'hémodynamique artérielle et passe en revue les travaux qu'y ont consacrés des auteurs, tels que Sahli, Christens, Plesch, Pachon et R. Fabre, Vaquez. Il exprime enfin les espoirs qu'il fonde sur une nouvelle méthode d'examen du pouls, dénommée par lui « sphygmotachosynopsis », qui consiste à combiner sphygmographie et tachographie pour aboutir à ce qu'il appelle le sphygmodiagramme.

La lecture et l'étude de cet ouvrage, particulièrement consciencieux et approfondi, seront d'un grand intérêt aussi bien pour les médecins et les physiologistes que pour les ingénieurs et fabricants d'appareils de mesure de la pression artérielle.

F.-P. Merklen.

L'emploi thérapeutique de l'hormone cortico-surrénale (*Die Therapeutische Verwendung des Nebennierenrindenhormons*), par S. Thaddea, « Dozent » à l'Université de Berlin. Un volume de 61 pages de la collection *Vorträge aus der praktischen Medizin*. (*F. Enke, éditeur, Stuttgart*, 1941.)

Dans ce dixième fascicule de la collection des *Exposés de médecine pratique*, publiée par von Kurt Beckmann, S. Thaddea s'est attaché à résumer succinctement, à l'usage des praticiens, et en se basant sur son expérience personnelle, sa particulière compétence et ses importantes publications antérieures, l'emploi à faire et les résultats à attendre de l'hormone corticale synthétique. Cette hormone synthétique offre, sur les extraits cortico-surrénaux, — souvent trop peu riches en principe actif et, de plus, difficiles à conserver, — l'avantage de fournir effectivement le principe actif à la concentration requise pour obtenir un effet thérapeutique réel.

En dehors de la classique, et relativement assez rare, maladie d'Addison, l'hypofonctionnement cortico-surrénal semble intervenir dans un nombre toujours croissant d'états pathologiques, ce qui tend à étendre considérablement le cadre des indications de l'hormone cortico-surrénale : addisonismes, macilence « endocrinienne », basedowisme, troubles pluriglandulaires, maladies infectieuses aiguës et chroniques, convalescences traînantes après des infections aiguës, diabète rénal, troubles des premiers mois de la grossesse, vomissements incoercibles de la grossesse, maladie de Paget, asthénie constitutionnelle, hypotonie essentielle, syndromes neuro-psychiatriques ou gynécologiques divers.

F.-P. Merklen.

CÉRÉMONIES MÉDICALES

LE JUBILÉ SCIENTIFIQUE DU PROFESSEUR H. DEVAUX

Les 30 juin, 1er et 2 juillet, a eu lieu, à Bordeaux, une réunion scientifique consacrée à l'étude de diverses questions de physico-chimie appliquée à la biologie, et organisée à l'occasion du jubilé scientifique du professeur H. DEVAUX, qui entre actuellement dans la quatre-vingtième année d'une vie remarquablement féconde en travaux de la plus haute originalité.

H. DEVAUX est, à l'origine, un botaniste qui, ayant été amené à s'occuper de la fixation de certaines substances toxiques comme le plomb, à la surface des plantes aquatiques, a été conduit, depuis 1903, à l'étude générale des propriétés des surfaces, de la formation des couches monomoléculaires de graisses, de protéines, etc., de la détermination des dimensions moléculaires, ce qui représente un ensemble de travaux physiques le plus important depuis ceux de lord Rayleigh dans ce domaine, et dont l'intérêt en physiologie ne lui a jamais échappé.

Ce qui est le plus remarquable dans l'œuvre de DEVAUX, c'est l'extraordinaire esprit d'observation qui s'y manifeste, et qui a permis l'acquisition de résultats du plus haut intérêt à l'aide d'un matériel d'une simplicité inouïe. Une cuvette à photographie est remplie d'eau ou de mercure propre, saupoudré de talc. Une trace d'huile végétale ou d'albumine touchant cette surface s'y étale instantanément en un film qui peut être monomoléculaire et qui manifeste sa présence en repoussant le talc à la périphérie d'une surface circulaire. Il ne reste plus qu'à prendre un double décimètre pour mesurer le diamètre de ce cercle et, par là, la dimension des molécules étalées à la surface. M. DEVAUX a reconnu, bien avant LANGMUIR, qui lui a du reste rendu hommage, que ces molécules s'orientaient à la surface de façon que leurs groupements polaires soient du côté de l'eau, leurs groupements apolaires de l'autre. De sorte que les propriétés d'affinité et de mouillement du film ainsi formé sont différentes sur chacune des faces. L'importance de ces faits, quant à la connaissance des propriétés des surfaces cellulaires, ne saurait échapper. Il a étudié de plus comment variait l'orientation des molécules à la surface, lorsqu'on comprimait tangentiellement le film superficiel, et donné, en couvrant de diverses graines une surface de mercure, une image frappante de ces phénomènes. Parmi les expériences les plus frappantes, et les plus récentes (elles datent de quelques années), citons la matérialisation des parfums. Un pétale de rose, placé au voisinage d'une surface de mercure talquée, donne naissance à un film monomoléculaire manifeste, formé par les molécules de l'essence odorante. Ce film est sans odeur, parce que es molécules sont fortement adhérentes au mercure. Si on comprime tangentiellement ce film, l'odeur apparaît, car les molécules n'ont plus alors la place nécessaire pour rester fixées au mercure. On arrive au même résultat en soufflant sur la surface, ce qui hydrate les molécules et accroît leur volume. On reconnaît là une des caractéristiques du *flairage*.

Connaître l'œuvre de H. DEVAUX est une grande satisfaction pour l'esprit. Connaître l'homme est une grande satisfaction pour le cœur. Il n'est personne de ceux qui l'ont approché qui n'ait été profondément touché de sa simplicité, de sa bonté, de son enthousiasme et de sa foi. A quatre-vingts ans il travaille avec la même jeunesse d'esprit, et suit sans le moindre effort les développements que les chercheurs plus jeunes ont donnés à ses découvertes. Il est vrai qu'au moment des premières il était en avance de quarante ans sur les physiologistes de son époque.

Parmi les communications, toutes importantes, qui ont accompagné cette réunion, certaines ont présenté un intérêt spécial pour la biologie et la médecine :

M. ABRIBAT (Laboratoires de recherches de la Société Kodak) a décrit les procédés de moussage-essorage qui permettent, avec une technique parfois très simple, de concentrer ou de fractionner certaines substances organiques dissoutes tels que colorants, protides, etc., en utilisant les propriétés des films superficiels qui forment les mousses.

A. DOGNON (Faculté de médecine de Paris) a exposé un certain nombre de résultats importants en physiologie obtenus avec des procédés analogues : délipidation de l'hémoglobine, extraction des hormones gonadotropes de l'urine, phénomènes observés lors du moussage des sérums hémolytiques, et surtout étude des suspensions bactériennes, qui montre la valeur de cette technique pour la concentration, l'extraction et la séparation du bacille de Koch.

P. GRABAR (Institut Pasteur) a parlé de la structure des ultra-filtres et de l'ultra-filtration fractionnée. Avec E. ROUYER, il a appliqué cette méthode à l'étude des dimensions des virus et du bactériophage.

F. HOLWECK (Institut du Radium) a rappelé les bases de la détermination, par les rayons X, des dimensions de la *zone sensible* d'une cellule, et montré comment on pouvait appliquer cette méthode à la détermination des dimensions d'un bactériophage. Pour les petits bactériophages, la dimension de la zone sensible est exactement égale aux dimensions trouvées par ultra-filtration. Pour les gros, elle est plus petite.

M. MATHIEU (Laboratoire central des poudres) a résumé ses études sur la structure des molécules périodiques (cellulose et dérivés, protéines, graphite, silicates).

D. DERVICHIAN (Institut Pasteur) a étudié la

CÉRÉMONIES MÉDICALES *(Suite)*

structure des films superficiels, principalement des protéines. Celles-ci ne s'étalent à la surface de l'eau qu'au-dessous d'un certain poids moléculaire. Le film superficiel n'est pas formé de molécules isolées, mais de micelles formées de deux couches de molécules orientées avec leurs groupements polaires extérieurs.

L. Genevois (Faculté des sciences de Bordeaux) a montré comment les propriétés de la molécule dépendaient de son champ électrique, celui-ci diminuant à mesure que les dimensions augmentent. Les ions à grand champ électrique (Na) s'entourent de dipôles d'eau, et leurs dimensions apparentes, ainsi que leurs propriétés de transport, d'ultrafiltration, etc., en sont considérablement modifiées. Il montre comment la substitution de groupements dans une molécule organique peut en modifier les propriétés par modification du champ électrique.

H. Devaux a résumé ses recherches sur les revêtements monomoléculaires et la mouillabilité des corps. Il rappelle ses expériences essentielles, certaines très anciennes (1903), d'autres très récentes (1939 et 1941), toutes bien connues, et montre l'intérêt du problème pour la connaissance des membranes plasmiques et des propriétés du protoplasme.

E. Fauré-Frémiet (Collège de France) décrit les modifications de la structure et des propriétés mécaniques des scléroprotéines fibreuses du type collagène.

R. Truchet (Faculté des sciences, Bordeaux) a montré comment l'étude des films monomoléculaires pouvait permettre dans certains cas de déterminer la structure chimique d'un corps.

M. Machebœuf (Faculté de médecine, Bordeaux) a parlé de la réactivité des protéides et de la formation de complexes tels qu'ils se manifestent dans les cénapses lipido-protéidiques, les enzymes, les antigènes artificiels, etc.

J. Loiseleur (Institut Pasteur) expose ses recherches sur l'obtention de contre-antigènes artificiels. Une molécule protéique présente à sa surface certains groupements dont on peut inverser la charge électrique. On obtient alors une molécule symétrique, dite contre-antigène, capable de se fixer à la première en la faisant floculer. Elle peut aussi atténuer la toxicité de cette molécule (qui peut être celle d'une toxine ou d'un venin) et se comporter ainsi comme un anticorps.

A. Kastler (Faculté des sciences, Bordeaux) montre l'intérêt qu'il y a à étudier la polarisation de la lumière de fluorescence, caractéristique de l'anisotropie du système imprégné de substance fluorescente. Il présente aussi une communication de F. Perrin sur la polarisation de la lumière dans les milieux isotropes troubles. De cette théorie, assez difficile, on peut tirer des procédés intéressants pour l'étude de la grosseur et de la forme des particules en suspension.

P. Chouard expose comment la photosynthèse, la croissance et la floraison des végétaux sont liées à la répartition alternée de la lumière et de l'obscurité, et il indique les résultats pratiques importants que ces faits ont déjà permis d'obtenir.

M. Lecomte du Nouy (École des Hautes-Études) rappelle ses recherches, directement issues de celles de H. Devaux, sur la détermination des dimensions moléculaires par l'observation des minima de tension superficielle qui se produisent pour certaines concentrations superficielles critiques qui correspondent à un pavage complet et régulier de la surface par les molécules.

Ces diverses communications feront l'objet de publication dans les monographies de Hermann et C[ie].

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1941.

Rapport de la Commission des Produits de remplacement. — M. Tanon présente un rapport portant sur une demande d'addition d'anhydride sulfureux ou d'acide benzoïque aux confitures.

La Commission, considérant que celles-ci se trouvent stérilisées du fait même que, pour être bien faites, elles doivent être portées à une température élevée, juge inutile d'autoriser cette addition et propose à l'Académie de donner un avis défavorable.

Déficit en calcium de la ration alimentaire actuelle. — M[me] Lucie Randoin et M. Charles Richet présentent un rapport au nom de la Commission du Rationnement alimentaire. Tout d'abord, ils montrent que les aliments soumis à la restriction (carte J 3) n'apportent qu'une quantité insuffisante de chaux (0gr,18 de calcium par jour, quantité de six à sept fois trop faible). Ils notent que ces besoins sont particulièrement impérieux chez l'adolescent : de 1gr,20 à 1gr,40 par jour.

Puis, ils insistent sur le fait que le rapport calcium-phosphore se trouve très au-dessous de la normale : 0,34 au lieu de 0,9-0,8.

Pour corriger et rééquilibrer le régime, il faudrait :

1° Fournir chaque jour aux adolescents et jeunes gens une forte proportion de produits non rationnés très riches en calcium, choisis parmi les suivants : *fromage maigre, figue, amande, noisette, cresson, haricot sec, jaune d'œuf, lait écrémé, olive, raifort, pissenlit, limande, sole, moule, huître, chocolat, abricot, noix, rutabaga, épinard, datte, navet, citron, pois, chou, poireau,* etc... ;

2° Ce qui est encore mieux encore, fournir chaque jour aux adolescents et jeunes gens une forte proportion de produits non rationnés plus riches en calcium qu'en phosphore, de manière à relever la valeur du rapport Ca-P.

Voici, par ordre de richesse décroissante, quelques-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

uns de ces aliments dont le rapport Ca-P est supérieur ou égal à 1 (1) : *olive* (rapport = 8,7) ; *cresson* (rapport = 4) ; *mandarine* (rapport = 3,4) ; *figue sèche, citron* (rapport = 3) ; *rutabaga, chou-fleur, orange* (rapport = 2) ; *chou, navet, pissenlit* (rapport = 1,8) ; *carotte, raifort, mûre, framboise, lait écrémé, fromage maigre* (rapport = 1,5-1,4) ; *poireau, fraise, artichaut, datte, radis, céleris-rave, oignon, échalote, oseille, poire, cerise, melon, groseille* (rapport = 1-1,2).

En résumé, le lait, les fromages, certains fruits, certains légumes verts, certaines racines.

Si ces aliments ne peuvent être fournis en quantité suffisante — ce qui est malheureusement la règle dans les centres urbains, — on y suppléera par l'adjonction de sels de chaux. La Commission insiste, en particulier, sur les préparations minérales dans lesquelles la chaux se trouve sous une forme moins assimilable.

Streptococcie cutanée gangréneuse avec streptococcémie guérie par le 693 F. — MM. H. GOUGEROT et TETREAU. — Streptococcie cutanée gangréneuse extrêmement grave avec lésions multiples énormes sphacélant les deux jambes presque en totalité (exérysipèle gangréneux) avec fièvre et état général faisant craindre une issue fatale prochaine ; présence du streptocoque hémolytique à l'hémoculture et à la culture directe des lésions. Guérison inespérée rapide par le 693 F (Dagénan). En pareil cas, les sulfamides ont donc réformé l'ancien pronostic et nous donnent tout espoir.

(1) Ces chiffres sont extraits des *Tables de composition des Aliments* dans *Vues actuelles sur le Problème de l'Alimentation*, par Mme L. RANDOIN, 1937 (*Harmann et Cie, éditeurs, Paris*).

Étude anatomo-clinique d'un cas de syndrome adiposo-génital avec malformations congénitales. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et GALLOT.

Fluxion des glandes sub-linguales, hémophilie et carence alimentaire. — MM. LEPOUTRE, DANES et DEFAUX.

Septicémie mortelle consécutive à une morsure de rat-palmiste. — MM. PELTIER, E. ARQUIÉ, C. DURIEUX et H. JONCHÈRE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1941.

A propos du procès-verbal. Traitement des sténoses rectales de la maladie de Nicolas-Favre. — M. SYLVAIN BLONDIN a constaté que le traitement préparatoire par les sulfamides permettait de pratiquer l'in-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tervention chirurgicale dans de meilleures conditions, sur des lésions asséchées.

L'action neuro-végétative dans les phénomènes humoraux de l'occlusion. — MM. LAMBRET et DRIESSENS ont étudié le rôle de la distension intestinale dans les phénomènes humoraux de l'occlusion. Ils rapprochent le syndrome humoral de l'occlusion de celui du choc traumatique, de nombreuses expériences sur des chiens leur ayant prouvé l'exactitude de cette hypothèse. Lorsque l'on pratique la ligature intestinale expérimentale chez un chien et que l'on sacrifie ensuite l'animal, on trouve, dans tout le segment avoisinant la ligature, une accumulation du chlore jusqu'à six fois le taux normal. L'occlusion intestinale réalise un traumatisme tissulaire.

M. SOUPAULT apporte son approbation à cette opinion.

M. JEAN GOSSET rappelle les expériences américaines qui ont abouti aux mêmes conclusions que celles de M. Lambret. La théorie toxique de l'occlusion intestinale doit être abandonnée. Les causes de mort sont les mêmes que dans le choc traumatique. Comme dans le gros choc traumatique, il existe, dans l'occlusion, un dépouillement plasmatique très important.

M. LERICHE, à propos du rôle du sympathique dans l'occlusion, présente deux radiographies montrant le succès obtenu par l'infiltration des splanchniques dans un cas de gastro-entérostomie dont la bouche ne fonctionnait pas.

M. MONDOR présente deux observations radiologiques mettant bien en évidence l'intérêt de l'aspiration dans l'occlusion inflammatoire.

Douze gastrectomies pour ulcère gastro-duodénal perforé. — Telle est la statistique que M. AMELINE a pu réunir en dix ans. Sept à huit de ces ulcères ont été opérés entre la troisième et la septième heure. Neuf l'ont été sous anesthésie générale. Dix de ces douze ulcères étaient des ulcères duodénaux. M. Ameline sectionne l'estomac en général à 1 centimètre ou 1cm,5 de la perforation. Sur ces 12 cas, la mortalité opératoire fut nulle ; un seul incident : une fistule. L'auteur rappelle la statistique de Judine, comprenant 888 résections avec 9 p. 100 de mortalité, et quelque 200 simples sutures de la perforation avec 33 p. 100 de mortalité. Il rappelle, en outre, les conclusions de M. Brocq.

M. BROCQ lui-même revient sur cette question pour dire qu'à son avis la gastrectomie d'emblée, lorsqu'elle peut être pratiquée dans des conditions heureuses, par un chirurgien expérimenté, est le meilleur traitement des ulcères perforés. *(A suivre.)*

JACQUES MICHON.

LIBRES PROPOS

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu, à propos de l'article du Dr Lucien Périn, paru le 10 janvier 1941, la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Les statistiques qu'a publiées le Dr Périn, dans son article sur le dispensaire de salubrité et la réglementation parisienne du *Paris médical* du 10 janvier 1941, méritent quelques commentaires qui intéresseront, je suppose, vos lecteurs, qu'ils soient réglementaristes de bonne foi ou abolitionnistes.

En ce qui concerne les prostituées clandestines, le Dr Périn trouve pour elles une morbidité de 48,7 p. 100. Ce pourcentage énorme tient compte de 725 cas d'affections non vénériennes ; par conséquent, ce pourcentage, quoique très frappant, n'a aucun intérêt si l'on se place au point de vue de la prophylaxie antivénérienne, le seul qui importe pour les réglementaristes. Si l'on ne tient compte que des maladies vénériennes, on ne trouve, pour les 2 846 femmes arrêtées pendant les onze premiers mois de 1940, que 661 vénériennes, soit 23,19 p. 100, c'est-à-dire moins de la moitié du chiffre donné par le Dr Périn.

En ce qui concerne les femmes en carte, astreintes à des visites régulières, le Dr Périn n'en trouve que 4,8 p. 100 de malades. Ce pourcentage n'est que de 4,2 p. 100 si l'on ne tient pas compte de 5 cas d'affections non vénériennes. Mais cette statistique n'a aucune valeur, parce que cette catégorie de prostituées échappe le plus souvent à l'examen médical. En effet, pour les 4 926 femmes, sur les 5 000 environ appartenant à cette catégorie qui se sont présentées à la visite obligatoire, il n'a été pratiqué que 72 677 examens. Or, réglementairement, il aurait fallu pratiquer pour elles, dans la période considérée, 236 448 examens (une visite hebdomadaire pour chaque femme). Dans ces conditions, un tiers seulement des examens jugés nécessaires ayant été pratiqué, il est évident qu'un nombre considérable de vénériennes ont échappé à l'examen. Dire leur chiffre exact est absolument impossible. Néanmoins, on peut supposer que le pourcentage de cette catégorie de femmes n'est certainement pas inférieur à 12 p. 100, puisqu'un tiers seulement des examens jugés nécessaires a permis d'en découvrir 4,2 p. 100. L'écart entre les prostituées inscrites, plus ou moins surveillées, et les clandestines, qui ne sont soumises, par définition, à aucune surveillance, n'est donc plus que de 11 p. 100 et non pas de 44 p. 100 (23 p. 100 moins 12 p. 100, au lieu de 48,7 p. 100 moins 4,8 p. 100).

Cette importante réduction de l'écart existant entre ces deux catégories de femmes diminue énormément, comme il est facile de le voir, l'excellence des résultats dont se vantent les réglementaristes.

Quant à ce qui concerne les femmes de maison, le Dr Périn n'établit, pour elles, aucun pourcentage. Ces femmes, au nombre de 2 000 environ pour la région parisienne, ont subi en onze mois près de 300 000 examens qui ont révélé que 342 d'entre elles étaient atteintes de maladies vénériennes, *soit 17,1 p. 100*. Si, à ce chiffre, on ajoute les porteuses de germes (sur 244 prélèvements vaginaux positifs, 33 concernaient des femmes cliniquement saines), il n'est pas exagéré de dire que *2 femmes de maison sur 10 sont contagieuses*.

Dans ces conditions, il est regrettable de constater que le Dr Périn n'ait pas jugé utile d'établir le pourcentage de maladies vénériennes pour les femmes de maison. S'il l'avait fait, il aurait vu que ce pourcentage n'est pas loin d'atteindre celui des prostituées clandestines, et qu'à lui seul il atteste l'effondrement de l'immense effort médico-policier de la réglementation.

J'espère, Monsieur et honoré confrère, que vous voudrez bien publier cette lettre. En attendant, je vous prie de croire à mes sentiments de haute considération.

Dr V. Aïtoff.

Voici la réponse de notre collaborateur :

Les critiques du Dr Aïtoff appellent un certain nombre de réserves. Il me permettra de répondre point par point aux trois questions qu'il soulève :

1er point : Question des insoumises. — Je ferai remarquer au Dr Aïtoff que la syphilis et la blennorragie (je ne parle pas du chancre mou et de la maladie de Nicolas-Favre, qui sont actuellement des raretés) ne constituent pas les seules maladies vénériennes dont les réglementaristes (!) aient à s'occuper. En considérant comme étant de nature non vénérienne les 725 cas d'*affections diverses* dont j'ai parlé, le Dr Aïtoff fait bon marché des végétations vénériennes, des gales, des phtiriases, qui, sans avoir l'importance des premières, n'en méritent pas moins d'être dépistées et traitées. Il fait bon marché surtout des cervicites, des vaginites, des urétrites, des skénites, des bartholinites classées dans cette rubrique d'attente parce qu'un premier examen au Dispensaire de Salubrité n'a pas permis d'y déceler la présence de gonocoques, mais dont les relations avec la blennorragie sont connues et qui, même amicrobiennes en apparence, peuvent être un jour ou l'autre l'origine de contaminations. Si l'on suit ces malades après leur entrée à Saint-Lazare, on voit en effet qu'un nombre important d'entre elles (30 p. 100 en moyenne) se révèlent porteuses de gonocoques à la suite de causes diverses : badigeonnage au nitrate d'argent, électrocoagulation, apparition des règles, etc. De même, des cervicites apparemment banales se révèlent des chancres syphilitiques du col dans une proportion qui n'est pas négligeable.

Les statistiques auxquelles le Dr Aïtoff fait allusion intéressent uniquement le Dispensaire de Salubrité et ne mentionnent, comme cas de syphilis et de blennorragie, que les cas certains diagnostiqués par les médecins du Dispensaire au cours d'un premier examen ; elles ne font pas mention des affections reconnues par la suite à Saint-Lazare, qui seront

LIBRES PROPOS *(Suite)*

l'objet d'un autre travail portant sur l'ensemble de l'année. Si elles sont de ce fait incomplètes, les chiffres qu'elles donnent n'en ont pas moins leur valeur et représentent, en ce qui concerne la syphilis et la blennorragie, un minimum.

2e point : Question des femmes en carte. — Il est certain que le nombre des visites subies par les femmes en carte a été inférieur en 1940 à ce qu'il aurait dû être. Cette diminution tient en partie aux circonstances de guerre, mais il est probable que d'autres éléments sont intervenus pour l'expliquer, et que notamment un certain nombre de femmes ont échappé à leurs visites parce qu'elles se savaient ou se croyaient malades. Est-ce à dire, comme le croit M. Aïtoff, que ces visites manquées pour raisons de santé atteignent les deux tiers des visites normales, et que les femmes en carte échappent *le plus souvent* à l'examen médical ? Évidemment non. Il est difficile de donner à cet égard des chiffres précis, mais M. Aïtoff devrait, en toute justice, tenir compte des femmes qui ont quitté Paris pendant et depuis l'exode, ou ne sont pas venues au Dispensaire pour des raisons indépendantes de leur état de santé.

Cette question des absentes et des disparues de visites est difficile à résoudre dans une ville comme Paris, où les femmes changent souvent de domicile et ne peuvent être facilement recherchées ; elle n'est cependant pas insoluble. Le Dr Aïtoff, en la posant, n'incrimine pas le principe de la réglementation, mais bien plutôt son insuffisance, et je suis sur ce point d'accord avec lui. Quelles qu'en soient les lacunes, il est impossible d'admettre que l'écart entre la morbidité des prostituées inscrites et celle des prostituées clandestines ne dépasse pas 12 p. 100. Les faits sont plus forts que les chiffres et contredisent un tel calcul.

3e point: Question des femmes de maison. — Le pourcentage de 20 p. 100 de morbidité admis par le Dr Aïtoff pour les femmes de maison est manifestement exagéré si l'on tient compte qu'un grand nombre des femmes reconnues malades ont été arrêtées au moment de leur entrée et n'ont pu, de ce fait, y exercer leurs fonctions. Si ces chiffres présentent quelque intérêt, je préciserai que, sur 351 femmes arrêtées, 134 seulement l'ont été alors qu'elles se trouvaient dans les maisons, 217 ont été filtrées à leur entrée. Je n'ai pas établi à dessein un pourcentage de morbidité d'après ces chiffres parce que les femmes de maison constituent une catégorie des plus instable et que le chiffre de 2 000 fixé pour l'évaluation de leur effectif s'applique aux places qu'elles occupent, non aux femmes visitées dans les maisons pendant le cours de l'année : en réalité, le nombre de ces dernières est plus considérable, étant donné que nombre d'entre elles ne font dans les maisons que de courts séjours et que certaines quittent parfois les maisons le jour de leur entrée. Je rappellerai en passant que le chiffre de 33 porteuses de germes cliniquement saines ne s'applique pas exclusivement aux femmes de maison, mais qu'il doit être rapporté à l'ensemble des femmes en carte, des insoumises et des femmes de maison examinées par le Dispensaire.

En admettant que, pour les raisons signalées plus haut, le nombre des cas de syphilis et de blennorragie trouvés dans les maisons soit plus considérable que ne l'indique cette statistique, leur augmentation ne changerait rien au petit nombre des contaminations masculines contractées dans les maisons. Les statistiques des services antivénériens s'accordent, en effet, pour témoigner du fait que les cas de contagion provenant des femmes de maison sont en nombre infime par rapport à ceux qui proviennent des autres sources, notamment des prostituées clandestines, de toutes les plus dangereuses. Que M. Aïtoff veuille bien se reporter aux bulletins de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, où les résultats de ces statistiques sont consignés (1). Bien que l'on puisse tirer des statistiques tout ce que l'on veut, suivant l'esprit dans lequel on les examine, — M. Aïtoff nous en donne la preuve, — il se rendra compte qu'il est impossible d'admettre que les pourcentages de morbidité se rejoignent dans les deux cas.

Je n'ai jamais cru à l'*excellence* de la réglementation ; j'en vois, au contraire, tout le premier les imperfections et les lacunes. Je ne défends pas davantage le principe des maisons, et j'avoue que j'éprouve à leur égard les mêmes sentiments que M. Aïtoff. Mais je vis dans la réalité et non dans le rêve. Tant que l'humanité restera ce qu'elle est, je persisterai à croire qu'elles constituent un moindre mal, et que leur suppression n'aurait d'autre effet que d'accroître la prostitution clandestine, sans profit pour la morale ni pour la santé publique.

Au surplus, la réglementation ne représente qu'un des aspects de la question qui nous occupe, et le problème devant lequel nous nous trouvons est infiniment plus vaste. Il n'est pas douteux que les mesures actuelles doivent être intensifiées et qu'une prophylaxie antivénérienne bien comprise doit s'étendre notamment aux deux sexes. Le problème de la prostitution doit être lui-même considéré d'un point de vue plus général que celui d'où nous nous plaçons. Nous l'envisageons comme médecins du point de vue de la santé publique, et nous n'avons pas à l'envisager autrement. Des mesures autrement plus importantes et plus urgentes seraient à prendre en vue d'en limiter, sinon d'en tarir le recrutement : lutte contre le chômage, organisation du travail, relèvement des salaires, lutte contre le proxénétisme, éducation et relèvement moral de la jeunesse, etc., qui seront peut-être l'œuvre de demain, mais dont la solution n'est pas encore acquise. Le jour où ces mesures seront réalisées, la tâche qui nous incombe s'en trouvera singulièrement simplifiée.

Sur ce terrain qui n'est pas de notre domaine, nous serons, je pense, tous d'accord.

Dr Lucien Périn.

(1) Voir *Bull. Soc. derm. et syph.*, 9 février 1939, p. 126-134.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Edmond Tourgis (de Choques). — Mme Émile Picot, mère du Dr Gaston Picot. — Le professeur Jean Auriac, professeur agrégé de physique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Mme Yves Loisance, épouse du Dr Yves Loisance (Rennes).

MARIAGES. — M. Paul Masse, médecin auxiliaire, externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle N. Cremer. — Mlle Simone Rimetz, étudiante en médecine, fille du Dr Paul Rimetz (de Clermont, Oise), avec M. Serge Quelin, étudiant en médecine.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Lepage font part de la naissance de leur fille France. — Le Dr et Mme F. Decaux font part de la naissance de leur fils Jean-Luc. — Le Dr et Mme Tork-Lainé font part de la naissance de leur fils Jean-Claude. — Le Dr et Mme Fruchart-Pennel font part de la naissance de leur fille Béatrice. — Le Dr et Mme J. Beuzart font part de la naissance de leur fils Paul. — Le Dr et Mme Froissant font part de la naissance de leur fils Alain. — Le Dr et Mme M. Brun font part de la naissance de leur fille Françoise.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la Santé : M. le Dr Thurel (Charente) ; M. le Dr Pélissier (Vaucluse) ; M. le Dr Deguiral (Haute-Garonne).

Le regroupement des familles séparées au cours de la guerre. — La Délégation générale du Gouvernement dans les territoires occupés (secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) communique :

« Les recherches entreprises par le secrétariat d'État à la Famille et à la Santé pour regrouper les familles séparées au cours de la guerre sont entravées par l'inexactitude ou l'insuffisance des renseignements fournis.

« C'est ainsi que, dans un assez grand nombre de cas, des familles ayant demandé que des recherches soient effectuées pour retrouver leur enfant ont négligé d'avertir que leur enfant leur avait donné de ses nouvelles et que, dans ces conditions, il convenait de cesser les recherches.

« Par suite, il est instamment recommandé à toute personne ayant demandé que des recherches soient effectuées pour retrouver soit la famille d'un enfant recueilli, soit un enfant perdu, de bien vouloir aviser d'urgence le secrétariat d'Etat à la Famille, Bureau de l'Enfance, 18, rue de Tilsitt, Paris, dès qu'il y a lieu de cesser les recherches. »

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont admis en 1941 à la retraite pour ancienneté : MM. les professeurs Ombrédanne, Jeannin, Lereboullet, Lelièvre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Richon, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire de cette Faculté à partir du 1er octobre 1941.

M. Armand Godot, interne des hôpitaux, est délégué, à dater du 1er août 1941, dans les fonctions d'assistant d'hydrologie thérapeutique et de climatologie, en remplacement de M. Jean Coulet.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE ROUEN. — **Concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint.** — Le jeudi 20 novembre 1941, un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'hospice général, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé ; la liste d'inscription sera close le 25 octobre 1941, à 18 heures, et, passé cette date, aucune inscription ne sera admise.

Concours pour la nomination d'un médecin adjoint. — Le jeudi 6 novembre 1941, un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'hospice général, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé ; la liste d'inscription sera close le 11 octobre 1941, à 18 heures, et, passé cette date, aucune inscription ne sera admise.

Concours pour l'externat des hôpitaux. — Le jeudi 23 octobre 1941, à 16 h. 30, s'ouvrira à l'hospice général, dans la salle des séances de la commission administrative, un concours pour le titre d'externe des hôpitaux de Rouen.

Pour être admis au concours, les étudiants en médecine appartenant aux Écoles ou Facultés françaises doivent déposer leur inscription au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, le 7 octobre 1941, à 18 heures au plus tard.

Avis de concours. — Un concours pour la nomination à trois places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires de médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 4 décembre 1941. Les épreuves commenceront à 16 h. 30, à l'hospice général, salle des séances.

La liste d'inscription sera close le 18 novembre 1941, à 18 heures au plus tard.

Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés des hospices civils, 1, rue de Germont, à Rouen.

SANATORIA. — Sont nommés médecins adjoints au sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet :

M. le Dr Jacquet et Mme le Dr Poivet-Sarthou.

M. le Dr Éticune est nommé médecin adjoint au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Donnadieu, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Berr-Rechid (Maroc), est mis en disponibilité sur sa demande.

M. le Dr Leclainche est affecté en qualité de directeur administratif à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

Hôpital psychiatrique départemental de Châlons-sur-Marne. — Un interne en médecine est demandé par l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne.

Conditions exigées : nationalité française d'origine, non juif, trente-cinq ans maximum, bonne santé physique, 20 inscriptions. Traitement et indemnités : étudiant, 16 340 francs ; médecin, 18 940 francs ; charges de famille s'il y a lieu. Avantages : nourriture et logement. Ecrire avec références précises au médecin directeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Bourses de la Fondation Roux. — La Fondation Roux offre un certain nombre de bourses de 24 000 francs à de jeunes travailleurs français ayant terminé leurs études et désirant se consacrer à des recherches scientifiques. Ces bourses partent du 1er novembre 1941.

NOUVELLES *(Suite)*

Adresser les demandes à M. l'Administrateur de la Fondation Roux, 96, rue Falguière, Paris (XVe), avant le 15 août 1941.

Prix de l'Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix 1941 de 5 000 francs, décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, à un travailleur indépendant, de nationalité française, dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de décembre 1941 (le sujet restant au choix de l'auteur).

L'objectif de l'Académie est de récompenser un travailleur qui, par ses propres moyens, à l'instar de Duchenne de Boulogne, aura fait progresser la science médicale française.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires, devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris, avant le 31 octobre 1941. Joindre référence et *curriculum vitæ*.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

CABINETS MÉDICAUX. — La loi du 2 avril 1941 est rendue applicable à l'Algérie, sous réserve des modifications ci-après :

« L'exercice de la médecine en Algérie est et demeure soumis aux conditions fixées par les décrets des 7 août 1896, 10 et 29 janvier 1941, portant respectivement extension à l'Algérie des lois des 30 novembre 1892, 16 août et 7 octobre 1940.

« Les attributions dévolues au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins par les articles 2 et 3 de la loi du 2 avril 1941 susvisée seront assurées par le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.

« Les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 1er novembre 1940 ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation de l'Ordre départemental des médecins. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter lesdites autorisations. »

(*Journal officiel* du 24 juillet 1941.)

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 17 *Juillet.* — M. GILLET, Action pharmacodynamique variable des sels d'alcaloïdes. — M. DESMAZES, Le sulfamidothiazol (para-amino-benzène-sulfamido-thiazol). — M. NGUYEN KHAC VIEN, Des imperforations congénitales de l'œsophage sans communication avec les voies aériennes. — M. ROULIN, Contribution à l'étude de la désinfection nasale. — Mme ZELCER, La biopsie d'endomètre dans le diagnostic de la tuberculose génitale. — Mme MEDVEDEFF-CHAILLET, Moyens cliniques d'appréciation de l'activité lutéinique en dehors de la gestation. — M. BEN SALAH, Pathogénie et traitements de l'érythème pernio. — M. FEDOROWICZ, Lymphangite tronculaire syphilitique satellite du chancre de la région génitale chez la femme. — M. BOUTIN, Michel de Nostre-Dame, astrologue, médecin. — M. FOLLIN, Épilepsies et psychoses discordantes. — M. COUESPEL, Les bruits du souffle dans la sténose mitrale. — Mme BABICKA, Contribution à l'étude des myxomes bénins à propos d'un cas de fibrocytome myxoïde. — Mme DUFAU, État actuel des problèmes relatifs à l'origine des tumeurs du testicule. Les tumeurs de la glande interstitielle et leur reproduction expérimentale.

23 *Juillet.* — M. CUÉNOT, Contribution à l'étude du goitre métastatique. — M. NAJPAR, Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire. — M. HULIN, Paradontoses pyorrhéiques ou pyorrhées alvéolaires (Complexus de Fauchard-Bourdet). — Mlle AUBIN, Les tubercules du cervelet.

REVUE DES LIVRES

Aptitude aux sports et contrôle médical, par P. CHAILLEY-BERT, avec la collaboration de L. MERKLEN, R. BOELLE, H. CALVET, M. COLLET, J.-L. DESCHAMPS, G.-A. RICHARD et J. RICHIER. (*Librairie J.-B. Baillière et Fils, éditeurs*, 1941.)

Dans la phase de rénovation qui doit succéder à la déliquescence dernière, cause de notre désastre, les médecins ont un rôle d'une grande importance, celui qui consiste à contrôler l'éducation physique et le sport.

Ils auront désormais un guide précieux dans ce petit volume qui leur fournira l'essentiel des données qu'ils ont besoin d'acquérir.

La première partie comprend, outre diverses recommandations d'ordre général, une série d'articles dont chacun est consacré à l'un des sports les plus en honneur parmi la jeunesse française.

Dans la deuxième partie sont rassemblées quelques indications bibliographiques.

La sobriété et la précision du texte ne sauraient trop être louées ; elles assureront à cet ouvrage le succès qu'il mérite. Cet ouvrage constitue un recueil de conseils pratiques aux médecins pour l'établissement des certificats d'aptitude aux sports.

ALBERT MOUCHET.

Les thrombo-phlébites dites « par effort » du membre supérieur, par CL. OLIVIER et L. LÉGER. (*Masson et Cie, éditeurs*, 1941.)

On ne peut souhaiter étude plus élégamment approfondie que celle offerte par MM. Cl. Olivier et L. Léger à propos des « Thrombo-phlébites dites « par effort » du membre supérieur ».

L'érudition est plaisante sous leur plume. Cette monographie, qui fournit de la lésion une description clinique et évolutive minutieuse, qui expose impartialement toutes les controverses pathogéniques, qui confronte les observations, aujourd'hui oubliées, et qui instruit non seulement des méthodes thérapeutiques, mais de leur mode d'action, est d'autant plus précieuse qu'elle était plus nécessaire

Ainsi une lésion réputée rare sera moins souvent méconnue, et le problème médico-légal qu'elle soulève parfois en matière d'accident du travail sera plus clairement résolu.

On ne saurait trop conseiller l'agréable lecture de ce bon travail.

R. COUVELAIRE.

VARIÉTÉS

L'ŒUVRE DE REGAUD, CANCÉROLOGISTE [1]

par A. LACASSAGNE

J'ai souvent entendu dire et, sans doute, parmi vous certains croient aussi que Regaud devint secondairement cancérologiste, ayant été d'abord un histologiste de carrière qui fut conduit, par l'enchaînement de ses travaux, à l'étude du cancer... En vérité, le cancer a été l'α et l'ω de ses préoccupations scientifiques.

***

Après de solides études classiques, Claudius Regaud, bien que n'appartenant pas à une famille de médecins, est attiré par la profession médicale. En 1889, il est reçu à l'externat. Après deux ans seulement de préparation, à l'âge de moins de vingt-deux ans, il arrive interne dans la promotion de 1891. L'année suivante, il choisit une place dans le service de Renaut, médecin des hôpitaux et professeur d'histologie à la Faculté.

Ce fut une heureuse fortune, pour Regaud, de pouvoir obtenir le service de Renaut : ce choix eut une influence décisive sur l'avenir du jeune interne.

Mais, tout d'abord, sans doute sur les conseils de Renaut, il partit à Paris suivre le cours de microbiologie de l'Institut Pasteur ; pendant ce séjour, il travailla dans le laboratoire de M. Roux, qui ne devait pas oublier cet élève laborieux et méthodique. Dès son retour à Lyon, il entra au laboratoire d'histologie.

Sa première publication, datée de mars 1893, est relative au cancer. Elle a le titre suivant : « Tumeur carcinomateuse de l'arrière-cavité des fosses nasales ; envahissement du sphénoïde ; paralysie de tous les nerfs craniens du côté gauche, sauf l'olfactif et l'optique ; mort par méningite ». En 1894, il publie un cas de cancer de l'intestin à forme fébrile chez un homme jeune ; puis celui : « De la coexistence de leucocythémie vraie et du cancer épithélial chez la même malade ». Cependant, il entend pousser plus loin, par la méthode expérimentale, l'étude qu'il a entreprise du cancer. Nous en trouvons l'indication dans son travail intitulé : « Sur l'ascite cancéreuse. Valeur sémiologique de certaines cellules contenues dans le liquide ascitique du cancer péritonéal. Expérience négative d'incubation cancéreuse ». Étant en possession d'un liquide contenant des éléments malins provenant d'un cancer de caractère extrêmement infectieux, Regaud cherche à y déceler la présence de figures parasitaires. Mais en vain ! Voici comment il discute ce résultat négatif : « Si le cancer est parasitaire, le parasite se trouve vraisemblablement à l'intérieur et au voisinage des cellules cancéreuses, notre liquide ascitique doit en contenir. » Aussi, pour essayer de le mettre en évidence, il essaie une « véritable méthode d'auto-culture », dans laquelle il met en œuvre ses connaissances récemment acquises à l'Institut Pasteur : « Par le moyen d'une ponction abdominale rigoureusement aseptique, condition facile à réaliser, on recueille dans des tubes à essai stérilisés du liquide cancéreux. Ces tubes, soigneusement fermés, sont abandonnés dans différentes conditions de température pendant un certain temps. Nous pensions qu'il se produirait, au bout d'un temps variable, des modifications de la structure cellulaire capables de mettre en évidence le parasite supposé, ou bien encore que ce parasite, invisible par nos moyens imparfaits d'investigation optique, subirait par le fait de l'incubation des modifications vitales susceptibles de l'amener à une phase nouvelle et facilement observable de son développement. »

Mais, dix mois après le début de l'expérience, les tubes à culture n'ont pas subi de modifications macroscopiques importantes ; il ne paraît s'être fait aucune culture, et l'examen optique ne décèle point la présence d'un parasite.

***

Cependant Regaud, qui était bientôt devenu moniteur des travaux pratiques d'histologie, est nommé, cette même année 1894, préparateur adjoint du laboratoire. Cette promotion l'entraîne à étendre ses recherches à l'histologie normale. Il commence une étude « Sur les origines des vaisseaux lymphatiques de la mamelle », en se servant de la technique d'argentation de son maître Renaut. Mais ce travail lui fournira une nouvelle occasion de revenir à son sujet de prédilection : le cancer. En effet, il applique la méthode d'argentation à l'étude de l' « Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux, ganglions) dans la sphère des néoplasmes malins ». Il rédige sur cette question, en collaboration avec son ami Barjon, un important mémoire, qui sera publié dans les *Annales de l'Université de Lyon*, et pour lequel il recevra de l'Académie de médecine le prix Portal 1896. Dans cet article, l'homme de laboratoire, formé à deux techniques, — microbiologique et histologique, — nous livre la conception qu'il s'est faite sur la pathogénie du cancer : il hésite entre la théorie parasitaire et la théorie cellulaire.

« La *théorie parasitaire* admet l'introduction dans l'organisme d'un être distinct qui produit le néoplasme. Elle satisfait l'esprit et n'est point incompatible avec la doctrine de la spécificité cellulaire appliquée aux tumeurs. On conçoit

(1) Extraits d'une Conférence donnée, le 17 juin 1941, devant l'Assemblée générale de la *Ligue Française contre le Cancer.*

VARIÉTÉS *(Suite)*

bien qu'il puisse exister des parasites dont l'action se traduise surtout par de la prolifération des cellules hôtes, et il ne répugne pas du tout d'admettre que toutes ou la plupart des cellules d'un cancer descendent des cellules primitivement infectées.

» La *théorie du développement discordant des cellules*, dont M. le professeur Bard s'est fait, à Lyon, le défenseur éloquent et convaincu, ne choque pas davantage l'esprit que la théorie parasitaire. Un petit nombre de cellules, — une seule même, — dit M. Bard, se sont affranchies du lien qui les rattache à leurs voisines dans l'harmonie du développement de l'individu ; ces cellules prolifèrent sans frein ni but ; et tout le reste de la théorie s'enchaîne admirablement.

» La seule difficulté à laquelle se heurtent également ces deux théories, c'est la démonstration d'un fait qui devrait être leur point de départ nécessaire : que l'on trouve le parasite ou que l'on découvre le *primum movens* du développement discordant ! Or, si les microbiologistes s'agitent beaucoup pour découvrir des parasites variés dont pas un n'a pu jusqu'ici résister aux démentis, les cytologistes peuvent, de leur côté, s'appuyer sur les découvertes récentes des karyokinèses atypiques et de l'action inductrice des centrosomes sur les cellules voisines en voie de division.

» Quoi qu'il en soit, une fois que le mouvement néoplasique a débuté en un point de l'organisme, soit par le fait d'un parasite étranger, soit par le fait d'une rupture dans l'harmonie du développement cellulaire (Bard), *la cellule cancéreuse doit être considérée comme un véritable parasite*. Elle est, en effet, douée de la propriété de se développer indéfiniment au sein de l'organisme atteint, et surtout douée de la propriété chimiotactique spéciale qui suscite le mouvement réactionnel. Ce mouvement réactionnel, nous pensons avoir contribué à le démontrer, soit dans le tissu conjonctif, soit dans la manière dont se comporte le système lymphatique dans les cancers. »

Dans le corps de son mémoire, Regaud fournit la description des images histologiques qui le conduisent à penser que « les néoplasmes malins, de même que la tuberculose et d'autres processus infectieux aigus ou subaigus, provoquent de la part des tissus où ils se développent une série de *phénomènes réactionnels* pour la défense de l'organisme. Parmi ces phénomènes, les plus importants sont : *l'hyperplasie du tissu conjonctif, la néoformation vasculaire sanguine, la régression des voies lymphatiques*. Au point de vue de ces phénomènes réactionnels, rien ne distingue les cancers des autres processus infectieux ».

En 1901, Regaud est nommé agrégé ; il devient donc histologiste de carrière. Cependant, il ne se désintéressera pas de la question du cancer ; il suit tout ce qui se publie sur ce sujet. C'est ainsi qu'en 1907 l'annonce d'une communication sur la sérothérapie anticancéreuse l'incite à faire connaître des expériences qu'il avait réalisées dix ans auparavant, et qu'il avait abandonnées au moment du changement d'orientation dont il vient d'être parlé. La tentative avait consisté à injecter, à plusieurs reprises, dans le péritoine de chiens, du liquide d'ascite cancéreuse. Le sérum des animaux ainsi préparés avait été essayé chez deux malades atteints de cancers avancés ; son action s'était montrée entièrement négative.

Enfin, lorsque la question des mitochondries sera en plein rendement et l'objet de nombreux travaux faits dans son laboratoire sous sa direction, Regaud, en collaboration avec Favre, fera l'étude de ces formations dans les cellules du cancer de la mamelle en 1911, dans celles des sarcomes et des épithéliomas de la peau en 1913. Mais, à cette époque, il y avait longtemps que Regaud avait changé à nouveau la direction de ses recherches principales ; il s'était engagé, depuis plusieurs années, dans une voie qui allait le ramener définitivement au problème du cancer.

***

En 1903, Albers-Schönberg, radiologiste de Hambourg, avait montré que l'on pouvait, au moyen des rayons X, obtenir la stérilisation des testicules d'un lapin en l'absence de toute altération organique. L'année suivante, Bergonié et Tribondeau publiaient leur première note sur les lésions microscopiques présentées par le testicule irradié du rat. Regaud, immédiatement, aborde ce nouveau domaine : son ami Nogier met à sa disposition l'installation de rayons X d'un service d'hôpital et l'initie à la science des radiations. Regaud ne tarde pas à découvrir un fait de grande importance, à savoir que les éléments de la lignée séminale sont inégalement sensibles à l'action des rayons, et que la spermatogonie, cellule-souche dont descendent toutes les autres cellules jusqu'au spermatozoïde, offre une radiosensibilité particulièrement marquée. C'est la destruction sélective de cet élément qui explique que l'on puisse produire la stérilité par irradiation du testicule, à des doses qui laissent apparemment indemnes les cellules des autres tissus irradiés simultanément. Un mécanisme analogue d'action des radiations sur les lignées cellulaires allait se retrouver, plus ou moins nettement selon les cas, dans d'autres organes que Regaud se mit à étudier avec ses élèves : le thymus avec Crémieux, l'ovaire avec Lacassagne.

***

En 1911, Regaud commença à appliquer sur des malades les principes de radiothérapie qui

VARIÉTÉS *(Suite)*

découlaient de ses observations expérimentales. Par l'emploi de rayonnements aussi pénétrants qu'il était alors possible de les produire, et grâce à une filtration relativement forte, il avait pu obtenir la stérilisation, sans lésion apparente de la peau, de volumineux organes, comme les testicules du bélier. Il estimait donc posséder désormais une suffisante connaissance du maniement des rayons pour pouvoir, sans risque de provoquer des accidents, tenter de guérir des cancéreux : le problème n'était-il pas le même dans le cas d'une tumeur maligne que dans le cas du testicule ? Que le tissu fût normal ou pathologique, il s'agissait, dans l'un comme dans l'autre, d'obtenir la stérilisation sélective des éléments-souches considérés comme plus particulièrement radiosensibles. Il demanda à ses amis chirurgiens de lui envoyer, au laboratoire, des malades atteints de cancers inopérables et, par conséquent, inévitablement destinés à mourir bientôt des progrès de leur affection. C'étaient surtout de vastes épithéliomas de la face, des carcinomes du sein, des sarcomes. La technique considérée comme adéquate leur fut appliquée, avec toujours la même patience et la même minutie. Regaud, dans un coin du laboratoire, défaisait et refaisait lui-même les pansements avant et après les séances d'irradiation ; il tenait à jour les longues observations qu'il rédigeait sur chaque cas, notant tous les détails des modifications que pouvaient présenter journellement les tumeurs en cours de traitement.

A défaut d'obtenir des guérisons, du moins Regaud, par l'examen régulier des malades traités, pouvait-il faire d'intéressantes constatations C'est ainsi qu'il remarqua un fait important, que le professeur Delbet avait déjà signalé, mais que Regaud établit d'une façon indiscutable : la décroissance de la radiosensibilité des tumeurs malignes traitées par des doses successives et trop espacées de rayons X. Donc, certaines manières d'administrer les radiations peuvent être nuisibles. Dans ce cas, non seulement le tissu cancéreux n'est pas détruit, mais il subit une sorte d'auto-immunisation contre les rayons ; non seulement les bons effets temporaires des irradiations cessent de se manifester, mais les tissus sains montrent une tendance à la nécrose, qui peut aggraver le sort déjà précaire des misérables cancéreux.

***

C'est à cette époque qu'un hasard intervint, qui changea l'existence de Regaud et lui permit de pouvoir envisager la réalisation de son rêve de thérapeutique scientifique du cancer. Plusieurs années après la mort de Pierre Curie, on avait fini par se décider à créer, en France, un Institut du radium destiné à développer l'étude des corps radioactifs. Sur l'initiative de M. Roux, alors directeur de l'Institut Pasteur, il fut convenu qu'une part serait faite, dans ce nouvel établissement, à des recherches sur l'action physiologique des radiations. L'Institut Pasteur accepta de prendre à sa charge la construction et l'entretien de cette section biologique de l'Institut du radium pour laquelle il fallait désigner un directeur. A ce moment, M. Roux se souvint de son ancien élève qui, depuis quelques années, se signalait par de remarquables travaux sur l'action hystophysiologique des rayons X : il proposa à Regaud, en 1912, de devenir directeur du laboratoire de recherches biologiques dans le nouvel Institut du radium, avec le titre de professeur à l'Institut Pasteur. Cette nomination allait donner à Regaud, pendant les dix-huit mois qu'il passera encore à Lyon, des obligations supplémentaires ; il devra faire des voyages réitérés à Paris, d'abord pour l'établissement des plans du futur laboratoire, puis pour la surveillance de la construction. A la fin de 1913, il s'installa définitivement à Paris. En juillet 1914, l'installation était suffisamment avancée pour que puissent commencer quelques expériences ; celles-ci ne tardèrent pas à subir une interruption qui dura quatre ans et demi. Mais, pendant tout ce temps-là, malgré les charges et les responsabilités qu'il eut à assumer aux armées, Regaud ne cessa pas de penser à la reprise du travail, lorsque viendrait la fin des hostilités. Aussi, dès sa démobilisation, n'eut-il plus qu'à mettre à exécution un plan établi jusque dans ses moindres détails. Il voulut, sans tarder, commencer les fondations d'un vaste Institut où seraient menées de front l'étude des propriétés biologiques des radiations et leur utilisation au traitement des malades, tout particulièrement du cancer. D'autant que, pendant les longues années où le pays avait été jeté tout entier dans la bataille, des progrès importants avaient été réalisés à l'étranger ; en Suède et aux États-Unis notamment, des établissements de thérapeutique par les radiations avaient été créés et avaient déjà acquis du développement et de la notoriété. M. Roux, mis au courant de ces projets, les approuva entièrement et fournit son puissant appui pour permettre de les mener à bien. La deuxième phase de la vie scientifique de Regaud commençait, la période parisienne, période de réalisation, pendant laquelle il allait récolter les fruits des vingt années de préparation laborieuse qu'il avait vécues à Lyon.

Voyons les résultats auxquels aboutit cet effort, en nous plaçant à un double point de vue : 1° l'organisation du centre anticancéreux de la Fondation Curie ; 2° les progrès thérapeutiques. Voici comment Regaud formule les concepts relatifs à la lutte contre le cancer, auxquels l'ont conduit ses longues méditations :

VARIÉTÉS *(Suite)*

« Il ne saurait y avoir désormais d'organisation sérieuse de la thérapie du cancer sans concentration des ressources et sans coordination des compétences. Comme était la chirurgie de guerre, *le traitement du cancer est affaire d'équipes thérapeutiques*. La complexité des agents à mettre en œuvre en un pareil cas condamne l'individualisme cher à nos habitudes. Pour traiter correctement un cancéreux, quel qu'il soit, même opérable au sens que la chirurgie classique du cancer donne actuellement à ce mot, il faudra désormais être plusieurs : un histopathologiste pour donner le diagnostic histologique détaillé (qui importe au plus haut point pour le pronostic et pour le traitement) ; un chirurgien pour opérer ; un curiethérapeute et un röntgenthérapeute pour appliquer correctement les radiations ; un bactériologiste pour étudier dans bon nombre de cas la flore microbienne des cancers infectés, et préparer, s'il y a lieu, les vaccins. A cette équipe, il faut un chef ayant autorité, connaissant bien les différentes méthodes de traitement, mais ne laissant emprisonner son jugement par les habitudes d'aucune technique.

» Ce personnel doit travailler harmonieusement, dans un établissement où un matériel extraordinairement coûteux sera rassemblé : le radium, les puissantes machines pour les rayons X, la salle d'opération, les laboratoires et, naturellement, les malades hospitalisés, les consultations externes et les médecins. »

Sans délai, Regaud commence la *mise en application* de ce programme. Les hommes, il les a déjà. Mais les locaux manquent. Apporter de l'émanation du radium, pour l'appliquer à des malades hospitalisés dans des services de l'Assistance publique dont les chefs sont consentants à ces essais, Regaud et ses collaborateurs doivent le faire à partir d'avril 1919 ; mais, bien vite, ce procédé s'avère décevant. Aussi, un gros progrès est-il réalisé lorsqu'en juillet de la même année MM. Roux et Martin mettent à la disposition de l'Institut du radium, pour le traitement de ses malades cancéreux, un petit service de dix-huit lits à l'hôpital Pasteur. En 1921, Regaud jette les bases de la Fondation Curie, qu'un décret en date du 27 mai reconnaît d'utilité publique ; elle a pour but de « favoriser et de développer : les recherches scientifiques de toute nature relatives aux corps radioactifs et à leurs radiations ; les applications pratiques de ces corps et de leurs radiations, notamment à la médecine et plus spécialement au traitement du cancer ». Mais, très rapidement, la petite organisation thérapeutique de l'hôpital Pasteur se trouve débordée par l'affluence des malades. En 1922, un nouveau service de dix-neuf lits est ouvert à la clinique médico-chirurgicale de la rue Antoine-Chantin ; en 1923, sont inaugurés un pavillon de consultations et un service de röntgenthérapie pour malades ambulants équipé pour huit ampoules de rayons X, ces deux bâtiments construits l'un et l'autre rue d'Ulm, à proximité du pavillon Pasteur de l'Institut du radium.

A peine terminés les agrandissements que, déjà, on les trouve exigus. En 1933, vient s'ajouter aux précédentes une vaste construction destinée à de nouveaux laboratoires, également édifiée rue d'Ulm, grâce à un don important fait par un généreux anonyme. Provisoirement, un étage y est aménagé en service d'hospitalisation et de radiumthérapie, en attendant l'achèvement de l'hôpital Curie, où le premier malade entre en août 1936. Ainsi se trouve réalisé, en moins de dix-sept années, le plan audacieux de Regaud. Mais, pour atteindre son but, que ne lui a-t-il pas fallu de luttes et d'efforts épuisants !

Pendant la même période, tandis que se développait, comme il vient d'être dit, le champ d'action du centre anticancéreux, le travail d'équipe conduisait rapidement à d'importants progrès qui allaient rénover la thérapeutique des cancers, aussi bien par les rayons X que par le radium.

En röntgenthérapie, les principes autrefois établis expérimentalement à Lyon sont mis en application. Mais les perfectionnements de l'appareillage permettent maintenant l'emploi de rayonnements plus pénétrants et plus sélectionnés ; la supériorité d'un traitement unique, distribué sur un temps assez long de façon à réduire les réactions nuisibles des tissus sains, est établie.

Des techniques nouvelles d'emploi des corps radioactifs (radon et radium) sont créées. Citons parmi elles : la radiumpuncture, les tubes standard multiples pour l'irradiation convenablement répartie, le colpostat pour le traitement du col utérin, les moulages en pâte colombia, la télécuriethérapie. Les progrès réalisés au moyen de ces techniques d'irradiation deviennent rapidement tangibles : ils se traduisent par les résultats probants fournis par des statistiques sévèrement établies et constamment tenues à jour. Il y a moins de trente ans, les cas de guérison des cancers de la lèvre étaient peu fréquents, ceux de l'utérus rares, ceux de la langue exceptionnels. Or, aujourd'hui, si le malade se présente au traitement radiothérapique avant que la lésion soit largement sortie des limites de l'organe, les techniques imaginées par Regaud permettent de guérir presque toujours l'épithélioma de la lèvre, celui du col utérin dans 60 p. 100 et celui de la langue dans 30 p. 100 des cas.

Mais, ce qui s'était montré exact pour certaines catégories de cancers ne l'était pas pour tous. En dépit de tentatives thérapeutiques variées, les rayons continuaient de n'exercer aucune prise sur les cellules des carcinomes du tube digestif, et qu'une action insuffisante sur les carcinomes

VARIÉTÉS *(Suite)*

mammaires. Comment expliquer de pareilles différences ? Peut-être une meilleure connaissance de la pathogénie du cancer fournirait-elle une précieuse orientation pour la thérapeutique ? Ces problèmes, qui ne cessaient d'obséder l'esprit de Regaud, le ramèneront aux hypothèses qu'il avait déjà si souvent balancées au début de sa carrière scientifique.

***

Il me reste à dire, en terminant, à quelles idées il avait finalement abouti sur ce sujet (1).

Une longue pratique de la thérapeutique lui avait fourni la preuve que le cancer est guérissable. Il avait été, en outre, frappé de ce que « la persistance indéfinie de la guérison, sans qu'il apparaisse un autre cancer, chez des patients traités par une thérapeutique purement locale (chirurgie, radiothérapie), prouve que les causes générales de la maladie — causes que le traitement ne saurait avoir supprimées — n'ont qu'un rôle secondaire, par comparaison avec un phénomène encore inconnu, strictement local, auquel il appartient de déterminer la cancérisation. Ces faits et les déductions qu'ils comportent pèsent d'un grand poids en faveur de l'hypothèse d'après laquelle *tout néoplasme malin descendrait d'une cellule unique*... Un cancer serait l'aboutissement d'un processus dont la phase essentielle consisterait en l'altération brusque du matériel héréditaire propre à une cellule jusqu'alors normale.

A la lecture de ces lignes, il semblerait que Regaud ait pris parti pour la théorie cellulaire, puisqu'il admet « que tout cancer est créé par une perturbation locale accidentelle, portant sur une ou deux cellules, c'est-à-dire réalise une mutation ». Cependant, il a vu trop de faits semblant indiquer qu'une infection locale ou des irritations inflammatoires pourraient être à l'origine de la cancérisation, pour rejeter intégralement la théorie parasitaire. Aussi, puisque, depuis quarante-cinq ans qu'il étudie ce problème, aucun fait décisif n'a été apporté permettant de prendre enfin parti entre les deux grandes théories pathogéniques, Regaud va essayer de les concilier, en accordant à l'une et à l'autre sa part dans la production du cancer. « Mais, ajoute-t-il, quel est le mécanisme de cette mutation ? En quoi consiste l'accident

(1) Ces idées, ainsi que le plan de travail qui leur fait suite, ont été condensées par Regaud dans un mémoire qui constitue un véritable testament scientifique. Ce mémoire a été publié dans *Paris médical*, mars 1941, nos 9-10.

VARIÉTÉS *(Suite)*

qui déclenche la cancérisation proprement dite, en altérant le matériel héréditaire ? » A cette question, il répond : « Cet accident serait produit par les mouvements d'un microparasite mobile... L'hypothèse d'après laquelle des organismes spiralés seraient les agents habituels des mutations cellulaires somatiques que nous envisageons me paraît la plus séduisante. »

Pour essayer de démontrer cette hypothèse ou du moins pour lui apporter des arguments, Regaud avait préparé tout un plan d'expériences. Il n'eut pas la possibilité de le réaliser. Depuis plusieurs années déjà, tandis qu'il pouvait constater avec fierté le développement, l'influence et le prestige grandissants de l'Institut qu'il avait créé, il ressentait les symptômes d'une profonde atteinte de son organisme. Il savait que le mal dont il souffrait était lentement progressif et fatal. Jusqu'à l'extrême limite de ses forces, il continuera sa tâche. Et, quand il dut renoncer, à défaut de pouvoir exécuter lui-même la vérification de ses idées, il rédigea le plan des recherches et des expériences qu'il avait imaginées à cette intention. Ayant travaillé toute sa vie au problème du cancer, il voulut encore contribuer à sa solution par delà la mort.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août 1941.

Projet d'arrêté concernant les vaccinations. — M. Tanon, au nom de la commission des vaccins, présente le projet envoyé pour avis à l'Académie par le ministère de la Santé publique. Cet arrêté comprend des dispositions générales qui sont conformes à celles que tous les médecins ont l'habitude de prendre ; des dispositions spéciales concernant : 1° la vaccination antidiphtérique et antitétanique ; 2° la vaccination antitypho-paratyphoïdique ; 3° la vaccination associée triple. Dans tous les articles, il est donné des indications sur l'âge, les précautions à prendre, les catégories et le choix des vaccins. Une technique est indiquée à la fin de l'arrêté, qui permet aux médecins d'effectuer leurs opérations en toute sécurité.

Les vaccins ou anatoxines proviendront de l'Institut Pasteur, mais d'autres pourront être employés après avis du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Sur le pouvoir postphylactique, chez le lapin, des pommades antisyphilitiques. — MM. A. Bassemans et A. Denos (note présentée par M. Levaditi). — Des observations faites, il résulte que :

1° S'il est avéré, d'une part, que les composants spécifiques des pommades antisyphilitiques de Metchnikoff-Roux, de Gaudacheau et de Scherescbewski (20 et 40 p. 100 de monochlorhydrate de quinine) possèdent *in vitro* une action tréponémicide effective en peu de minutes et que seuls ceux des deux premières révèlent une protection antéphylactique plus durable que les excipients contre la syphilisation du lapin par la muqueuse intacte du globe occulaire, il apparaît que, grâce à leurs produits antimicrobiens, ces trois pommades, et surtout la première, exercent dans les mêmes conditions et pendant le premier quart d'heure un certain pouvoir postphylactique ;

2° Ces vertus antéphylactique et postphylactique n'étant pas absolues, ces vertus n'empêchant pas, en outre, la syphilisation occulte ni la métastase clinique malgré l'absence de lésions locales, il faut se garder, même en cas d'utilisation et de comportement irréprochables, d'accorder trop de confiance, en prophylaxie antisyphilitique humaine, aux topiques appliqués tant avant qu'après les rapports suspects, encore qu'en raison de la différence d'espèce, de la moindre adhésivité des pommades à la muqueuse oculaire et de l'élimination de nombreux tréponèmes par les larmes, la comparaison soit imparfaite entre le mode opératoire chez le lapin et le mécanisme de la contamination naturelle chez l'homme.

Étude comparative des rapports et équilibres alimentaires caractérisant le lait de vache, le lait de femme (alimentation normale du nourrisson) et la ration équilibrée normale de l'adulte. — Mme L. Randoin a déterminé, d'une manière aussi précise et aussi détaillée que possible, la composition du lait de vache, aliment qui joue un très grand rôle dans l'alimentation des habitants de notre pays. Puis elle a calculé les rapports et équilibres alimentaires qui caractérisent ce lait de vache. Enfin, elle a comparé cette composition, ces rapports et équilibres spécifiques, d'une part, avec ceux du lait de femme, d'autre part, avec ceux de la ration équilibrée normale de l'adulte.

Mme Randoin a pu démontrer ainsi :

1° Que le lait de vache pur, utilisé pour remplacer le lait de femme, est trop riche en matières albuminoïdes (protides), en éléments minéraux proprement dits, surtout en chaux et en phosphore, en vitamines B ; il est trop pauvre en lactose (glucides), en oligo-éléments minéraux (fer, cuivre, zinc, etc...), en vitamines C, A et en caroténoïdes ; enfin, qu'il laisse dans l'organisme trop de restes alcalins ;

2° Que le lait de vache pur, utilisé comme nourriture exclusive d'un adulte, est trop riche en matières albuminoïdes, en phosphore, potassium, magnésium, calcium, en vitamines B ; qu'il est trop pauvre en sucre (glucides), en chlore et sodium, en fer, cuivre zinc, etc., en caroténoïdes ; qu'il laisse trop de restes alcalins dans l'organisme.

En conséquence, bien que sa valeur nutritive soit remarquable, *le lait de vache ne peut, sans inconvénient, constituer une nourriture exclusive, pendant un long temps*, à aucun âge de la vie, en aucune circonstance. Mais, complété, bien équilibré, bien adapté, il est vraiment un aliment très précieux, et Mme Randoin doit publier prochainement, avec chiffres à l'appui, comment le lait peut être utilisé rationnellement dans l'alimentation humaine, à tous les âges.

B. C. G. — M. Guérin présente une note de M. Lecoutre sur la mortalité générale comparée des enfants vaccinés au B. C. G. et des enfants non vaccinés, relevant d'une Caisse de secours mutuels, à Liévin (Pas-de-Calais).

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1941 (suite).

Invagination de l'appendice. — M. Bonafos (rapport de M. Bergeret). — L'auteur rapporte deux observations d'invagination de l'appendice dans le cæcum associée à une invagination cæco-colique. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une appendicite aiguë suppurée invaginée. M. Bergeret ajoute à ces deux cas un cas personnel observé chez un adulte. Le rapporteur passe en revue les différentes variétés anatomiques de ces invaginations qui reconnaissent généralement pour origine une lésion de l'appendice.

De la section de la commissure postérieure de la moelle dans certains syndromes douloureux. — M. Leriche avait pratiqué cette intervention dès 1927. Elle fut faite avec succès en Amérique en 1934. Récemment, M. Wertheimer a fait cette section de la commissure postérieure de la moelle dans deux cas de cancers de l'utérus accompagnés de douleurs intolérables et a obtenu un résultat très net sur le syndrome douloureux. M. Leriche attire l'attention sur

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

l'intérêt de ces interventions qui visent à calmer les douleurs atroces de nombre de cancers.

Occlusion intestinale post-opératoire par spasme. — M. Leriche rapporte l'observation d'une malade opérée pour une grossesse extra-utérine qui présenta un syndrome occlusif total post-opératoire. L'intervention pratiquée trois jours après mit en évidence l'existence d'une ascite assez abondante. L'intestin était contracté, comme un « intestin de poulet », et reprenait une forme et un volume normaux dès qu'on l'extériorisait. On mit une sonde cæcale. La malade guérit parfaitement en dix jours. Ne s'agit-il pas là d'une véritable occlusion post-opératoire par spasme ?

Luxations précoces dans la coxalgie. Réduction par broche de Kirchner. — Présentation de radiographies. — M. Richard.

Séance du 2 juillet 1941.

A propos de l'exérèse des ganglions sus-claviculaires chez les amputées de sein cancéreux. — M. Rouhier rappelle la coexistence possible de ganglions tuberculeux et de cancer du sein, ainsi que la possibilité de développement de tuberculose ganglionnaire pouvant faire croire à une récidive chez une malade autrefois amputée d'un sein cancéreux. Il pense que l'on peut expliquer ainsi les faits de disparition spontanée de soi-disant récidives ganglionnaires après cancer du sein. M. Rouhier apporte deux observations personnelles à l'appui de cette opinion.

A propos des gastrectomies pour ulcère perforé. — M. Basset, réunissant les résultats de son expérience personnelle, conclut que la gastrectomie d'emblée, pratiquée dans de bonnes conditions et dans les premières heures, est le traitement de choix. Quoi qu'il en soit, en matière d'ulcère perforé, c'est avant tout de la précocité de l'intervention que dépend le pronostic.

Luxations du métatarse. — MM. Paitre, Georges Bonnet, Meunier, Robert Didier. — **Diastasis antéro-postérieur du tarse.** — M. Robert Didier. — M. Kuss, rapporteur, relatant les observations de ces différents auteurs, expose, avec schémas et radiographies à l'appui, la classification des luxations du métatarse. On distingue deux grandes catégories : les luxations dorso-externes homolatérales et les luxations divergentes où le premier métatarsien se luxe en dedans, alors que les quatre autres se luxent en dehors. Ces deux groupes de luxations comprennent plusieurs variétés que le rapporteur étudie à la lumière des observations des différents auteurs. Le cas de diastasis antéro-postérieur du pied de M. Robert Didier réalise une disjonction de la moitié externe et de la moitié interne du pied ; il existe un diastasis entre le troisième et le quatrième métatarsien, entre le troisième cunéiforme et le cuboïde, enfin un élargissement du sinus du tarse.

Un cas de péritonite encapsulante. — M. Querneau. — Rapport de M. Patel. — Il s'agit d'un cas de péritonite encapsulante où la simple libération chirurgicale de l'intestin bridé amena la guérison.

Syndrome causalgique compliquant une paralysie du nerf médian. — M. Rémion. — Rapporteur : M. Métivet. — Ces troubles, séquelles d'une plaie de guerre du paquet vasculo-nerveux du bras, furent guéris par la simple ablation de l'artère humérale.

Dépouillement cutané du pouce traité par autoplastie italienne immédiate. — M. Longuet. — M. Métivet, rapporteur. — Cette autoplastie immédiate, à un pédicule, que l'on sectionna peu à peu, donna un résultat très satisfaisant.

Le drainage de certains abcès tuberculeux infectés secondairement de la cavité pelvienne. — M. Richard expose les difficultés du drainage dans les abcès pelviens de la sacro-coxalgie surinfectés par contiguïté avec le rectum. Il présente une observation où ce drainage fut obtenu par une résection de l'articulation.

Une autre observation est celle d'une coxalgie déjà désarticulée où il persistait deux fistules à petit débit, mais s'accompagnant d'un état général déplorable : une résection partielle de l'os iliaque, de la façon préconisée par M. Huc, donna un résultat immédiat et merveilleux. Enfin, M. Richard apporte un beau résultat dû à l'emploi du Solu-Dagénan dans un abcès infecté d'une arthrite sacro-coccygienne tuberculeuse.

Sur le traitement chirurgical des péricardites constrictives. — MM. Loeper, Jean Patel, Guy Ledoux-Lebard rapportent la belle observation d'une jeune malade guérie par péricardectomie. M. Patel rappelle d'abord que les deux troubles principaux de la péricardite constrictive sont, d'abord et surtout, l'adiastolie puis, très vite, mais secondairement, la stase veineuse. L'intervention chirurgicale doit emprunter la voie interpleurale. La coque de péricardite doit être incisée jusqu'au myocarde ; on doit attaquer d'abord la coque du cœur gauche pour éviter la surcharge brutale du cœur droit. Quant à la question de l'étendue de la péricardectomie, il faut savoir que la libération des ventricules est le fait essentiel. Une statistique américaine, rapportée par M. Patel, accuse pour ces interventions 40 p. 100 de mortalité, 23 p. 100 d'améliorations, 37 p. 100 de guérisons.

La malade de MM. Loeper, Patel et Ledoux-Lebard présentait depuis 1939 des signes de stase allant en s'aggravant, des signes de péricardite, une élévation de la tension veineuse et, à la radiographie, une image de péricardite constrictive et calcifiée. Les troubles s'aggravant sans cesse, la malade, qui n'avait plus aucune activité, fut opérée le 4 avril 1941 par M. Patel, qui pratiqua une péricardectomie périventriculaire. Les effets se firent sentir déjà pendant l'intervention : la tension artérielle maxima se redressa immédiatement. Trois mois après, M. Patel peut présenter une malade qui semble guérie et ne présente plus de troubles du rythme cardiaque ni de dyspnée d'effort ; tous les signes de stase, qui étaient importants, ont disparu. M. Patel pense que, malgré sa gravité, la péricardectomie est une intervention

intéressante dans le traitement d'une affection qui conduit lentement et sûrement à la mort.

Election de deux membres associés parisiens. — MM Huc et Sauvage élus.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 juin 1941 (suite).

Sur le rôle de quantités infinitésimales de cuivre dans l'atténuation des activités enzymatiques des venins de « Vipera aspis » et de « Naja tripudians » par le peroxyde d'hydrogène. — M. P. BOQUET étudie les effets de l'association de cuivre et d'eau oxygénée sur les principaux constituants enzymatiques des venins de *Vipera aspis* et de *Naja tripudians*. L'addition du cuivre à l'eau oxygénée favorise l'atténuation de l'enzyme coagulant du venin de Vipère, des facteurs anticoagulants et de la phosphatidase du venin de Cobra, mais est sans effet sur la phosphatidase du venin de Vipère.

Le développement de l'antitoxine spécifique chez les bovidés soumis aux injections d'anatoxine staphylococcique seule ou additionnée d'alun de potassium. — MM. R. RICHOU, G. HOLSTEIN et J. RENAUDON ont vu les injections d'anatoxine staphylococcique déterminer chez les bovidés une augmentation parfois considérable de l'antitoxine spécifique dans le sang, augmentation nettement plus marquée avec l'anatoxine additionnée de 2 p. 100 d'alun de K. L'anatoxine staphylococcique additionnée d'alun de K se montre d'une grande efficacité pour lutter contre les staphylococcies des bovidés.

Étude expérimentale des variations du pouvoir pathogène du staphylocoque. Constatations histopathologiques. — MM. R. KOURILSKY et P. MERCIER poursuivent leurs études sur l'exaltation du pouvoir pathogène local du staphylocoque après l'inoculation chez le lapin, soit dans le tissu cellulo-adipeux, soit dans les viscères, de staphylocoques faiblement virulents. L'exaltation du pouvoir pathogène est parallèle à l'intensité et à la diffusion du processus inflammatoire déterminé par l'inoculation. C'est ainsi que, dans le tissu sous-cutané ou cellulo-adipeux (graisse périrénale) et dans les viscères (foie et rate) où l'inoculation provoque des réactions très vives et un afflux de polynucléaires aboutissant souvent à l'abcédation, le pouvoir pathogène augmente considérablement. Par contre, dans le rein, où la réaction inflammatoire est pauvre et clairsemée, le pouvoir pathogène n'est que faiblement augmenté.

Luminescence des formes sénescentes des « Enterobacteriaceæ » soumises au rayonnement ultra-violet en présence de thioflavine. — M. J.-C. LEVADITI signale que les germes de la famille des *Enterobacteriaceæ*, qui comprend des espèces ciliées, encapsulées, chromogènes, toxigènes, etc., et des variétés R et S, lorsqu'ils sont examinés en présence de thioflavine à la lumière ultra-violette, voient leurs formes sénescentes ou mortes émettre un rayonnement secondaire visible, alors que les formes jeunes ne sont pas luminescentes. Une souche de *Proteus vulgaris*, entretenue depuis longtemps en milieu artificiel, fait exception.

Action de la chaleur sur la luminescence des « Enterobacteriaceæ » soumises au rayonnement ultra-violet en présence de thioflavine. — M. J.-C. LEVADITI, en stérilisant les germes de la famille des *Enterobacteriaceæ*, par chauffage d'une heure à 60°, ne rend cependant pas la totalité de ces bactéries luminescentes au rayonnement ultra-violet en présence de thioflavine.

Séance du 28 juin 1941.

Action comparée des injections intraveineuses d'alcool glucosé et de gluconate de calcium sur le redressement de la réserve alcaline. — M. RAOUL LECOQ a pu employer par voie intraveineuse d'autres médications que la solution isotonique de bicarbonate de sodium dans les états d'acidose.

L'alcool éthylique glucosé, dont l'efficacité est remarquable dans les délires aigus de l'alcoolisme, paraît dans ces cas doué d'une certaine spécificité, car son action sur la montée de la réserve alcaline ne s'exerce plus de façon sensible dans les autres acidoses.

Par contre, le gluconate de calcium favorise d'une manière assez constante le redressement de la réserve alcaline, tant chez les femmes enceintes que chez les accidentés, les opérés et même les alcooliques (non délirants).

Contribution à l'étude pharmacodynamique de l'aneurine (vitamine B_1). Action sur la conduction et la transmission nerveuse. — M. PAUL CHAUCHARD apporte de nouvelles preuves de l'importante activité pharmacodynamique de l'aneurine sur le système nerveux en dehors de toute carence. Cette substance se montre capable de bloquer la conduction dans les troncs nerveux et d'empêcher la transmission neuro-musculaire par un mécanisme analogue à celui de l'action de la strychnine (diminution de la chronaxie nerveuse). Le muscle lui-même, normalement insensible à l'aneurine, acquiert une grande sensibilité après dégénérescence de son nerf moteur.

L'acide salicylsulfurique. — MM. M. LOEPER, JEAN COTTET et J. PARROT, partant des bons résultats parfois obtenus par l'association de salicylate de sodium et de soufre, ont cherché à réaliser un sel de l'acide salicylique contenant du soufre dans sa molécule. Le sel sodique étudié s'est montré beaucoup moins toxique pour la grenouille que le salicylate de sodium, aussi bien en ce qui concerne la dose mortelle que celle qui donne un arrêt du cœur ou des troubles électrocardiographiques ; il est également moins toxique que l'acétyl-salicylate de sodium.

Immunisations associées chez l'animal d'expérience. Leur intérêt pratique et théorique. — MM. G. RAMON et R. RICHOU ont réalisé des « immunisations associées » en injectant au même animal, soit en mélange, soit simultanément mais séparé-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

ment, soit successivement et à des intervalles de temps variés, un certain nombre d'antigènes de nature très diverse et de spécificité fort différente. Chacun des antigènes injectés a provoqué l'apparition et le développement de l'anticorps correspondant, décelé au moyen de la floculation.

Grâce aux immunisations associées, on peut donc accumuler dans un même sérum un matériel d'expérimentation varié, étudier les réactions entre les anticorps de spécificité différente provenant du même animal et leurs antigènes respectifs, examiner aussi la répartition de ces divers anticorps parmi les protéines sériques, et enfin aborder les difficiles problèmes de la constitution physico-chimique des anticorps.

Élection. — M. P. Giroud est élu membre titulaire de la Société de biologie.

F.-P. Merklen.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS

CLONAZONE DAUFRESNE. — Composition. — Antiseptique organique chloré.

Indications. — Pansement des plaies, angines, stomatites, gynécologie, obstétrique, urologie.

Posologie. — Emplois médicaux : 1 à 5 comprimés par litre d'eau. Emplois chirurgicaux : 10 à 20 comprimés par litre d'eau.

Laboratoire des antiseptiques chlorés, 42, rue Thiers, Le Havre.

COCAINE MIDY. — Anesthésique et antiseptique modificateur. Pastilles (de petit volume et agréables au goût).

Indications. — Affections de la gorge et du larynx ; angines, amygdalites, pharyngites, toux nerveuse.

Laboratoires Midy, 67, avenue de Wagram, Paris (XVIIe).

COLLUSULFAR. — Collutoire stabilisé à 5 p. 100 de Sulfarsénol, sa forte concentration lui assure une grande puissance antiseptique et une action antimicrobienne remarquablement polyvalente.

Indications. — Angine aiguë, angine de Vincent, stomatite, gingivite.

Laboratoires de Biochimie médicale, 19 et 21, rue Van-Loo, Paris (XVIe)

COLLARGOPHÉDRINE. — Solution d'éphédrine naturelle associée aux sels d'argent indolores.

Indications. — Coryza, sinusites, rhume des foins et toutes les affections des voies respiratoires.

Mode d'emploi. — A l'aide d'un compte-gouttes, mettre V à X gouttes dans chaque narine, deux à trois fois par jour. Enfants : demi-dose.

Laboratoires M. de Rive, 11 bis et 13, rue Levert, Paris (XXe).

ERCERHINOL (Argent colloïdal électrique). — Simple ou éphédriné, en ampoule nasale très pratique.

Laboratoires Robert et Carrière, 1 et 1 bis, avenue de Villars, Paris (VIIe). Inv. 20-60.

RHINAQUINTINE LESCÈNE, SON BOUCHON VERSEUR BREVETÉ. — Thymoforme, baume du Pérou, éphédrine.

Paris, 58, rue de Vouillé (XVe). Tél. Vaug. 08-19.

RHINO-VACLYDUN. — Lysat-vaccin polymicrobien du Dr L. Duchon, en instillation ou en pulvérisation dans le rhino-pharynx.

Indications. — Rhino-pharyngites, sinusites, adénoïdites, coryza, angine, prophylaxie des maladies contagieuses, grippe, coqueluche, rougeole.

Laboratoire Corbière, 27 rue Desrenaudes, Paris (XVIIe).

SOLUPHÉDRINE. — Solution aqueuse au gluconate et phénylpropionate d'éphédrine.

Indications. — Prophylaxie et traitement des affections nasales, et toutes les affections des voies respiratoires.

Mode d'emploi. — En instillations à l'aide d'un compte-gouttes, verser dans chaque narine IV à V gouttes, trois à quatre fois par jour.

Laboratoires M. de Rive, 11 bis et 13, rue Levert, Paris (XXe).

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Henri Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, chef de service à l'hôpital Saint-Antoine (Paris). — Le Dr Fernand Landolt (de Paris). — Le Dr Laurent Gravier, médecin des hôpitaux de Lyon. — Mme Lucie Uhry, mère du Dr Pierre Uhry (Neuilly-sur-Seine).

FIANÇAILLES. — Mlle Claudie Beaurepaire, fille du Dr Beaurepaire, de Le Quesnoy (Nord), et M. A.-M. Bégard. — Le Dr Henry Roulland, interne à l'hôpital Saint-Joseph, et Mlle Geneviève Louvrard.

MARIAGES. — Le Dr Jean Roux, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Marie-Louise Bellemère. — Le Dr Robert Claisse, avec Mlle Marie-Thérèse Bergougnan. — Mlle Anne-Marie Roué, fille du Dr Roué, de Janville (Eure-et-Loir), avec M. R. Desprez. — Mlle Jacqueline Buizard, fille du Dr Ch. Buizard, ancien secrétaire général de la Société des chirurgiens de Paris, ancien vice-président du Syndicat national des chirurgiens français, avec M. Gilbert Puig, étudiant en médecine.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Gantois-Van Bockstael font part de la naissance de leur fils Bernard. — Le Dr et Mme Degand-Dufour font part de la naissance de leur fils Jean-Pierre. — Le Dr et Mme Chauveau font part de la naissance de leur fille Brigitte. — Le Dr et Mme Draillard font part de la naissance de leur fils Alain. — M. Jacques Caron, externe des hôpitaux de Paris, et Madame font part de la naissance de leur fille Marianne.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Roca, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Pyrénées-Orientales, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 16 juillet 1941.

M. le Dr Ruff est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé (Creuse).

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la Santé de 3e classe : M. le Dr Rogez (Pas-de-Calais) ; M. le Dr Guldner (Loire) ; M. le Dr Fonroget (Drôme) ; M. le Dr Moncenix (Drôme).

Comité consultatif d'hygiène de France. — M. le professeur Gaston Ramon, membre de l'Académie de médecine, directeur honoraire de l'Institut Pasteur et directeur de l'Institut Pasteur de Garches, et M. le Dr André Boivin, membre de l'Académie de médecine, chef de service à l'Institut Pasteur de Garches, sont nommés membres du Comité consultatif d'hygiène de France et conseillers techniques sanitaires de sérologie et d'immunologie auprès du Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

ASILE D'ALIÉNÉS D'AGEN. — Une place d'interne est vacante.

Conditions. — Être docteur en médecine ou titulaire de seize inscriptions. — S'adresser à M. Fretel, médecin-directeur, en joignant références.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision (*extraites du* Journal officiel). — Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

3e *régiment d'infanterie alpine.* — Méd.-sous-lieut. Sansot, D ; lieut.-dentiste Weistroffer, D ; méd.-lieut. Ruding, B ; pharm.-lieut. Blancheri, B.

5e *R. I.* — Méd.-lieut. Petey et Cuvereaux, B ; méd. aux. Boisneuf et Marinetti, B ; dent. aux. Hache, B ; méd.-lieut. Millet, A ; méd. aux. Michel, B.

6e *R. I.* — Méd. aux. Fournier, R.

11e *R. I.* — Méd.-lieut. Bazeix et Clus, R.

14e *R. I.* — Dent. aux. Manaux, B ; pharm.-s.-lieut Alaux, B.

21e *R. I.* — Méd. aux. Bourmalo, A.

22e *R. I.* — Méd.-lieut. Cheirezy, B.

24e *R. I.* — Méd.-lieut. Naudet, R.

COURS ET CONFÉRENCES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Chaire d'anatomie pathologique** (Professeur : M. Roger Leroux). — *Deuxième cours de technique et de diagnostic.* — Le professeur Roger Leroux, assisté du Dr Busser, chef des travaux, commencera ce cours le lundi 29 septembre 1941, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, et le continuera tous les jours de semaine, à la même heure.

Ce cours comprendra dix-huit séances consacrées, d'une part, à la technique courante que les élèves effectueront sur des coupes qui leur seront fournies par le laboratoire ; d'autre part, à la lecture de ces coupes avec discussion des diagnostics. Les coupes resteront la propriété des élèves.

A la fin du cours, un certificat pourra être délivré sur demande aux auditeurs qui auront satisfait à une interrogation spéciale.

Droits d'inscription : 350 francs. Le nombre des places est limité.

Les inscriptions seront reçues dès maintenant par le Secrétariat de la Faculté de médecine sur présentation d'une autorisation délivrée par le Dr Busser, chef des travaux (Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'École-de-Médecine, escalier B, 3e étage, tous les jours ouvrables, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 18 heures).

Chaire de médecine légale. Institut d'hygiène industrielle. — *Médecine du travail, hygiène industrielle.*

I. Documentation. Bibliographie. — Pour tous renseignements, bibliographie, relatifs à la médecine du travail, l'hygiène et la toxicologie industrielles, la sécurité, l'application de la législation sociale relative à ces questions, on peut consulter gratuitement le Service de documentation :

1° Sur place, toutes les après-midi, de 14 à 18 heures : Bibliothèque de l'Institut médico-légal, 2, place Mazas, Paris (XIIe). Téléphone : Diderot 42-54 (Métro Rapée) ;

2° En écrivant à l'adresse précitée.

II. Toxicologie industrielle. — Analyse de produits commerciaux, indication des risques professionnels dus à la manipulation des produits.

Écrire ou venir, pour tous renseignements, à l'adresse précitée en mentionnant : *Service toxicologie.*

III. Examens de laboratoire. Hématologie. — Les examens de laboratoire pour le personnel exposé aux risques dus au benzol et au plomb notamment sont effectués par le Laboratoire de médecine légale, habilité à cet effet. Des prélèvements peuvent être effectués sur place.

Pour la Région parisienne, écrire : Laboratoire de médecine légale (Service de Médecine du travail), 2, place Mazas, Paris (XIIe). Téléphone : Diderot 42-54.

IV. Consultations spécialisées de médecine du travail pour la Région parisienne. — 1° Hôpital Saint-Louis : Service du Dr Duvoir, agrégé : le samedi, de 9 à 12 heures (médecine du travail en général et neuropsychiatrie professionnelle, avec le concours du Dr Henri Desoille, agrégé) ;

Service du professeur Gougerot : samedi, à 9 heures, au

NOUVELLES *(Suite)*

Dispensaire de la Faculté (dermatoses professionnelles) ; mercredi, à 20 h. 30, à la consultation de la Porte.

Service du Dr Coutela (ophtalmologie professionnelle) : samedi, de 9 à 11 heures.

2° Hôpital Cochin : Service du Dr Chevallier, agrégé (maladies du sang et dermatoses professionnelles) : mardi et vendredi, de 9 heures à midi.

3° Hôpital Saint-Antoine : Service du Dr Cadenat, agrégé (traumatologie) : le samedi, à 9 heures.

V. Médecins d'usine, services médico-sociaux d'entreprises. — 1° Les entreprises et services désirant s'assurer le concours de médecins titulaires du diplôme de médecine du travail, délivré par la Faculté, trouveront les noms des titulaires de ce diplôme au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), 12, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe) ;

2° Pour l'organisation des services médico-sociaux, tous renseignements seront communiqués en s'adressant : Service de médecine du travail, 2, place Mazas, Paris (XIIe). Téléphone : Diderot 42-54.

Pour tout ce qui concerne la médecine du travail, l'hygiène et la sécurité industrielles, écrire ou venir : Institut d'Hygiène industrielle, 2, place Mazas, Paris (XIIe). Téléphone : Diderot 42-54, et consulter les différentes sections techniques (documentation, toxicologie, laboratoire et clinique).

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 24 *Juillet.* — M. Jaoui, Le pneumothorax spontané non tuberculeux du nourrisson. — M. Thévenot, Sur la pathologie traumatique de l'épaule au cours des crises convulsives. — Mlle Feuerbach, A propos d'un cas d'érysipèle d'un nouveau-né avec complications gangreneuses et suppuratives. — Mme Nguyen, L'importance sociale des maladies rhumatismales. — M. Zwillinger, La réfection de l'urètre chez la femme (opération du professeur G. Marion). — M. Martinez Ferrera, État ménorragique de l'adolescence.

THÈSES VÉTÉRINAIRES. — 9 *Juillet.* — M. Baillon, Les cétoses des bovidés. — M. Faye, Contribution à l'étude du tétanos. Traitement par l'adrénaline. — 16 *Juillet.* — M. Meynard, Les toxi-infections dues à *Salmonella cholesie suis (S. Suipestifer).* — M. Caillaud, Les intoxications chez les animaux par les aliments moisis. — M. Le Lay, La filariose cardio-vasculaire du chien. — M. Miller, Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la corde fémoro-métatarsienne. — 24 *Juillet.* — M. Hoxha, État de l'élevage en Albanie. Comment on pourrait l'améliorer. — M. Moysan, La sélection du cheval breton par les épreuves.

REVUE DES LIVRES

Pathologie du foie et des voies biliaires, par Étienne Chabrol. Un volume de 183 pages. (*Masson, éditeur, Paris,* 1941.)

S'il est un domaine où l'exacte connaissance du trouble physio-pathologique éclaire le syndrome clinique, c'est bien celui des affections hépato-biliaires, auxquelles le professeur agrégé Étienne Chabrol vient de consacrer un nouvel ouvrage.

Fidèle à la logique de son sujet et à la ligne qu'il suit depuis une trentaine d'années, on ne saurait s'étonner de voir l'auteur réserver les cinq premiers chapitres de son livre aux problèmes physiologiques qui lui doivent tant de précisions et d'éclaircissements : pigments biliaires et bilirubine de réserve, cholestérol et sels biliaires, origine hépatique de l'acide cholalique, réaction sulfophosphovanillique, acides gras et lipides biliaires sont tour à tour étudiés et, sur chaque point, Chabrol apporte les conclusions d'une expérimentation personnelle qui fait autorité.

Mais la finesse du clinicien vaut la rigueur du chercheur, et c'est plaisir de lire les pages où sont évoqués — entre autres — l'ictère latent des lithiasiques, les cholécystites abusives, les crises vésiculaires des pancréatites, l'ictère grave pseudo-lithiasique, l'ictère grave des cardiaques, les ictères des cirrhotiques, le pronostic des cirrhoses du foie, le rôle de la rate dans la genèse des hémorragies des cirrhotiques, la curabilité de l'ascite dans les cirrhoses atrophiques, les lendemains de la splénectomie, les cholédocites, les enseignements de la cholécystostomie dans les ictères infectieux.

Le point de vue thérapeutique n'est point oublié tout au long de ces lignes, et le dernier chapitre, bien personnel lui aussi, envisage le traitement de l'ictère catarrhal par les cholagogues.

Est-il besoin d'ajouter qu'à la richesse du fond s'ajoute l'agrément de la forme et que le lecteur sera charmé d'être introduit à chaque problème par le talent d'exposition si remarquable de l'auteur.

Maurice Bariéty.

Le livre blanc, Formulaire médical. Edition 1941. (*Éditions Henri Perrier.*)

La dixième édition annuelle du *Livre blanc* vient de paraître. Cet ouvrage de 916 pages condense, sous un format resté pratique et maniable, un ensemble de renseignements indispensables au médecin.

La matière en est particulièrement riche cette année :

331 pages de consultations médicales avec un résumé de traitement classique qui assigne leur véritable place aux différentes méthodes thérapeutiques. A la suite de ce résumé, on trouvera une sélection de spécialités classées ainsi par maladies et d'après leur composition ou leur mode d'action;

238 pages de notices détaillées sur ces mêmes préparations ;

La liste intégrale des spécialités inscrites au Laboratoire national de contrôle des médicaments jusqu'au 15 octobre 1940 ;

Une liste des principales stations thermales avec indication des traitements qu'on y pratique, etc.

Le *Livre blanc,* par l'originalité de son plan, la rigueur de ses classements et l'abondance de ses renseignements, reste l'auxiliaire indispensable du praticien en clientèle.

VARIÉTÉS

FAMINE ET ÉPIDÉMIES

par Ch. RICHET et J. VASSAL

Groupons ici quelques-uns des faits qui unissent famines et épidémies. Pas une année peut-être depuis que le monde est monde ne s'est écoulée sans que, dans telle ou telle région du globe, parfois limitée, souvent étendue, cette loi naturelle ne se soit manifestée.

Probablement c'est à l'âge de pierre et de fer que ces grandes épidémies mixtes ont joué le rôle le plus important. Elles ont provoqué des migrations de continent à continent, elles ont détruit des empires, elles ont rayé des civilisations, dont seuls subsistent des vestiges — temples élevés à des dieux inconnus — stèles gravées d'inscriptions qu'on ne peut traduire.

Dans les temps historiques et jusqu'à ces derniers siècles, les documents sont peu nombreux qui montrent la vie de l'homme dans les pays dévastés par les grands conquérants : Xerxès, Alexandre, Attila, Tamerlan, Gengis-Khan. Leur passage est éphémère, mais les conséquences de leur passage persistent. C'est la famine, ce sont les épidémies. Comme les autres souffrances de la malheureuse humanité, leur étude peu spectaculaire n'a tenté ni les poètes officiels, ni même les historiens des temps passés.

De même si un cataclysme survient, on insiste sur les 300 000 morts que provoque le tremblement de terre des Indes en 1737 ou sur les 50 000 morts que fit celui de Lisbonne en 1755, sur les 250 000 victimes de Yokohama et de Tokio en 1923, mais on ne réfléchit pas au bilan indirect autrement élevé de ces grandes catastrophes. Raz de marée, inondations, séismes tuent indirectement plus et mieux. C'est à la famine qui suit ces cataclysmes, c'est aux épidémies qui accompagnent la famine que sont dus le plus grand nombre de morts.

Nous ne pouvons ici citer que quelques exemples pris dans l'histoire contemporaine. Ils montrent bien cette succession de faits : cataclysme (social ou naturel) — famine — épidémie. Mais, inversement, nous verrons que si, averti de cette grande et terrible leçon, l'homme sait et veut s'organiser, il peut lutter ; s'il rétablit une alimentation normale, il fait disparaître l'épidémie.

Dans les deux croisades de saint Louis, celle de Damiette comme celle de Tunis, les chrétiens eussent été probablement vainqueurs si la famine ne les avait décimés et si la maladie n'avait achevé l'œuvre de la famine. On sait que Joinville donna la première description du scorbut lors de la campagne d'Égypte et que saint Louis mourut de la peste à Carthage.

Michelet rappelle que la célèbre peste de Marseille de 1720 fut en grande partie due à la mauvaise alimentation de la ville.

A Moscou, dans l'hiver 1812-1813, on réunit dans l'hôpital des Enfants-Trouvés 1850 malades français. Ils y étaient entassés et avaient une alimentation aussi insuffisante que possible. Il en réchappa moins de 50.

Durant la famine qui vainquit Paris en janvier 1871, la variole et la rougeole firent plus de victimes que le feu de l'ennemi.

Mais prenons cinq exemples plus récents dans l'histoire des Indes, de la Chine, de l'Espagne, de l'Union Soviétique et du continent noir.

La sécheresse est le grand fléau de l'Inde. Sa conséquence naturelle, c'est la famine, contre laquelle depuis 1866 lutta l'administration anglaise. En 1876-1878, pourtant, et en 1900, sécheresse et famine survinrent. Combien cette famine de 1900, malgré les distributions gratuites de vivres, tua-t-elle d'Hindous ? Il est difficile de le dire, mais en 1901 apparut la peste. Or celle-ci, née dans les provinces affamées, faucha plus d'un million d'hommes. Elle s'étendit à toute l'Inde, puis à une moitié du continent asiatique. Dans les Indes, il est classique de prévoir, après une famine, une épidémie de choléra et de peste.

La Chine, elle, a deux fléaux naturels : la sécheresse et l'inondation. Cette dernière, pire. Les annalistes signalent que, pendant deux mille dix-neuf années, la Chine a connu mille huit cent vingt-huit années de grande famine.

En 1931, le Yang-Tsé-Kiang, ce « fléau des enfants de Han », déborda : 120 000 kilomètres carrés furent recouverts par l'eau. Cent millions d'hommes peut-être furent obligés de fuir, et en certains endroits le fleuve, formant une mer intérieure, s'étala sur 150 kilomètres de large.

Les maladies alors apparaissent. Sur ces millions de faméliques elles se développent, prenant une allure épidémique foudroyante. La peste, le choléra, la typhoïde, le typhus, la dysenterie font un nombre de victimes impossible à préciser.

Dans la guerre civile d'Espagne de 1936-1938, une grande partie du pays fut dévastée, ou cessa d'être cultivée. La famine régna et des épidémies (typhoïde surtout) apparurent dont tous les médecins de l'un et l'autre camp ont souligné la gravité. La mauvaise récolte de 1940 a engendré le typhus exanthématique.

C'est dans l'Union Soviétique que les observations les plus précises furent effectuées. La famine apparut en 1916. Ce fut elle qui causa les premières émeutes d'octobre 1917. Elle augmenta régulièrement jusqu'en 1921-1922.

La guerre étrangère, la guerre civile, la destruction du cheptel firent tomber la production de blé de près des deux tiers. Laissons la parole à Quisling : « La terre est carbonisée, il ne reste plus un arbre ni une plante. Hommes et animaux se nourrissent du chaume des toits ; les habitants ont tout dévoré : les chiens, les chats, les corbeaux, le bétail mort, le cuir des harnais, le bois des meubles. On mange les morts, on constate des cas de cannibalisme, on parle à des gens qui

VARIÉTÉS *(Suite)*

ont mangé leurs enfants, leurs sœurs et leurs frères. On voit des êtres humains gisant comme des squelettes dans les maisons, mourant ou attendant la mort sans un espoir de secours. On visite les hôpitaux, seuls endroits en réalité où les affamés et les malades peuvent encore recevoir quelques soins. Mais il n'y a ni lit, ni médicaments, souvent aucun médecin, et les malades sont couchés l'un contre l'autre sur le plancher, dans la misère la plus absolue. »

En même temps que la famine augmentait, le nombre de cas de typhus s'accroissait, la statistique officielle accusait cet accroissement, mais ici comme dans tous les temps, comme dans tous les pays, les chiffres officiels camouflent plus qu'ils ne dévoilent la vérité. Les rapports des chefs de l'administration sont moins entachés d'erreur. Le Dr Syssine, chef de la division sanitaire épidémiologique, évalue à 15 millions, en 1918 et 1919, le nombre de cas de typhus exanthématique. Le professeur Tarassevitch estime qu'en quatre ans, 1918-1921, 25 à 30 millions de cas sont apparus.

Même accroissement pour la fièvre récurrente. Au lieu des 30 000 cas annuels, on signale 1 300 000 cas en 1920. De l'Ukraine et de la vallée de la Volga les épidémies de typhus, brisant les barrières que les pouvoirs publics essayent d'établir, ont gagné les autres régions de la Russie. Le choléra existe toujours à l'état endémique en Russie, mais la famine le développe. Dans les huit premiers mois de 1922, on signale déjà plus de 60 000 cas. Rien qu'en Ukraine il y a, le 1er juillet 1922, plus de 10 000 foyers d'infection (Ivanoff). En 1919, la variole a touché 166 000 personnes. Les entérites infectieuses ou dysentériformes en 1920 ont frappé 750 000 sujets.

Ainsi, d'après Nansen, en 1921-1922, il est mort de faim 3 millions de personnes, mais le bilan des épidémies est supérieur peut-être du double.

Ici, contre-expérience; elle est probante. Grâce à l'inépuisable générosité américaine dirigée par Herbert Hoover, grâce à de bonnes récoltes, grâce à des modifications administratives, la famine diminua, l'alimentation s'améliora. Mieux que toute autre mesure, elle atténua les épidémies et la mortalité redevint normale.

L'histoire de l'alimentation aux colonies prouve le même fait.

La plus belle œuvre probablement de l'Europe au XIXe siècle et au début du XXe fut son œuvre colonisatrice. Avant la colonisation, famine et épidémies dévastaient périodiquement l'Afrique, elles étaient la règle. Maintenant elles sont l'exception, et certaines régions, terres de mort jadis, sont devenues salubres. Autant que les mesures d'hygiène ou que la chimiothérapie, une meilleure alimentation a fait disparaître nombre de foyers de trypanosomiases qui dévastaient le Cameroun ou l'Afrique-Équatoriale Française (1).

L'expérimentation, mais ici elle est à peine nécessaire, confirme ce que l'observation séculaire a déjà prouvé. Les faits sont surtout évidents dans la tuberculose expérimentale. Tous ceux qui l'ont étudiée ont reconnu l'importance du facteur alimentaire.

Citons les expériences de Richet et de Héricourt, qui ont créé la zomothérapie, citons celles de Lannelongue, Achard et Gaillard, qui ont insisté sur la nécessité d'une forte ration protéique, celles de Mouriquand, Michel et Bertoye sur la précocité de la mort par tuberculose chez les cobayes tuberculeux mal nourris.

Si, pour ces derniers auteurs, le régime scorbutigène ne modifie guère l'allure de la maladie, au contraire, pour Coulaud, pour Greène, Steiner et Kramer, il accélère la marche de l'infection.

Dans les autres maladies, il en est de même. A trois reprises nous avons, dans un grand laboratoire, enrayé une épidémie de typhi murium en alimentant mieux nos animaux.

Szent Gyorgyi a montré que les animaux dont la nourriture était particulièrement riche en vitamines étaient moins sensibles à l'intoxication diphtérique.

Les chevaux mal alimentés contractent la gale avec une facilité déplorable. Dans les mêmes conditions, les rats blancs sont envahis par les puces, les poux et les acares.

Comment l'insuffisance alimentaire agit-elle pour faciliter l'apparition de la maladie ? Ici, tout le monde paraît d'accord : les physiologistes, qui insistent sur une nécessité de la *marge de sécurité*, et les cliniciens, qui ont montré que la diminution de la résistance organique jouait un rôle dans l'hypervirulence bactérienne. Peut-être pourtant l'attention n'a-t-elle pas été attirée suffisamment sur ce fait que les sujets en état de demi-inanition n'ont pas le ressort volontaire suffisant pour être propre et se garantir ainsi contre les infections parasitaires.

Nous insisterons davantage sur l'allure des épidémies chez les faméliques.

Ces épidémies sont *graves*, leur extension est *massive*.

Les épidémies sont graves.

Le fait est évident pour la tuberculose, et nous aurions mauvaise grâce à rappeler quelques faits classiques. Bezançon, Evrot et Moine ont montré qu'en 1870-1871 la mortalité à Paris par 10 000 habitants fut environ de 28 p. 100 supérieure à la moyenne des années précédentes. Calmette a fait pour la guerre 1914-1918 une constatation analogue à Lille. Reprenant les chiffres de mor-

(1) Le rôle de l'Administration est, certes, dans ces cas, considérable. Mais une chose vaut mieux que les distributions de vivres ou les grandes mesures générales de répartition et des cartes ; ce sont les *efforts individuels* de tous qui, cultivant le lopin de terre, même minime, qu'ils possèdent, arrivent ainsi à se nourrir, eux et leurs familles. Ce sera cet effort de millions de petits cultivateurs professionnels ou d'occasion qui permettra à la France d'éviter ce cataclysme social, ou du moins d'en diminuer les conséquences.

VARIÉTÉS *(Suite)*

talité pour l'agglomération Roubaix-Lille-Tourcoing, Breton et Ducamp ont montré que la mortalité par tuberculose avait à peu près doublé dans l'ensemble. L'augmentation était surtout manifeste à Lille qui, des trois villes, était la plus mal nourrie, et moindre dans les cantons suburbains, dont le ravitaillement était meilleur.

Silbergleith, Helm, Wassermann ont, dans le centre de l'Europe, fait des constatations analogues.

Dernièrement, à la Société médicale des hôpitaux, de nombreux médecins ont insisté sur la gravité des formes de tuberculose qui apparaissaient depuis quelques mois dans le centre de l'Europe.

Cette gravité est plus apparente dans les maladies aiguës, surtout les maladies pestilentielles. Il est certes impossible de faire scientifiquement le départ exact entre les divers facteurs aggravants, la fatigue physique et morale, la destruction des habitations, l'encombrement, la famine. Tous ces éléments y contribuent. Mais nous voyons par exemple que la mortalité du choléra au début de l'épidémie atteignit, en 1921, 80 p. 100 en Ukraine, que celle par typhus exanthématique fut de 68 p. 100 dans un camp à Nijni-Novgorod et de 80 p. 100 parmi les prisonniers de Tioumène.

Grave, l'épidémie a de plus une extension massive.

Il est impossible de forcer les gens mourant de faim à prendre les précautions qui semblent toutes naturelles à un hygiéniste et qu'on pourrait imposer à une population bien alimentée. Mais, en période de famine, il est illusoire de supposer que les gens sans force ni énergie s'épouilleraient même si le typhus a frappé à la porte voisine, qu'ils feraient bouillir leur eau en temps de choléra ou qu'ils détruiraient les rats en cas d'épidémie de peste. D'autre part, et suivant les cas, les gens apeurés afflueraient vers la ville et, croyant y chercher des soins, y trouveraient la contamination, ou, au contraire, fuyant la cité, dissémineraient l'infection à travers les campagnes. Ceux qui n'en ont pas vu ne peuvent se représenter la rapidité de cette extension.

Citons un exemple : pendant l'autre guerre, nous avons dû nous occuper du cas suivant. Un navire transporte en 1916 des soldats serbes et des prisonniers de Durazzo en Sardaigne. Ils avaient eu à subir une famine et une fatigue extrêmes au cours de la retraite. Dans ce court trajet maritime, le commandant fut obligé de jeter plus de 230 cadavres à la mer. Le choléra venait d'apparaître.

VARIÉTÉS (*Suite*)

En face d'une extension analogue, que peut-on ? Peu de chose. Même si une partie de la population civile ou militaire, réalisant le danger, lutte contre lui, elle ne fera qu'une œuvre bien médiocre parce que parcellaire. Les mesures qu'elle prendra ne la mettront pas à l'abri, car de trop de côtés elle sera assaillie par la contagion. Ni la fortune ni le grade n'empêcheront les heureux du jour, s'il y en a, d'échapper à l'infection lorsque celle-ci aura pris son extension normale.

Ainsi extension brutale défiant toute mesure prophylactique, gravité rendant illusoire ou presque la thérapeutique, telles sont les caractéristiques des épidémies observées chez les faméliques.

Peu de guerres étrangères, pas une guerre civile, pas une révolution, pas un grand cataclysme naturel qui ne soient suivis de famine. Pas une famine qui n'entraîne dans son sillage une épidémie. Pas une épidémie de faméliques dont le genre ne s'exalte et qui ne décime au hasard vainqueurs ou vaincus, civils ou militaires, riches ou pauvres, possesseurs ou esclaves. Qu'une telle épidémie survienne à une des extrémités de l'Europe, elle se propagera jusqu'à l'autre extrémité.

Il nous a paru indispensable d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de lutter contre les restrictions alimentaires. Cette demi-famine risquant de déclencher des épidémies qui, si elles apparaissent sur notre territoire, décimeraient non seulement ceux qui habitent actuellement la France, mais l'Europe entière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *août* 1941.

Rapport. — M. BROCQ-ROUSSEU dépose un rapport sur des demandes en **autorisation de sérums.**

Rapport au sujet de l'emploi du sulfate neutre d'ortho-oxyquinoléine dans la conservation des fruits. — M. TANON, au nom de la Commission des produits de remplacement, composée de MM. Vincent, Martel, J. Renault, Brouardel, Brocq-Rousseu, Fabre, Tiffeneau, donne lecture d'un rapport sur cette question. Le sulfate d'ortho-oxyquinoléine se présente sous la forme d'une poudre formée de 33 p. 100 de ce corps et de 67 p. 100 de dextrose qu'on dissoudrait dans de l'eau à raison de 300 grammes pour 10 litres. Les fruits, et, en particulier, les poires et les pommes, y seraient trempés pendant dix ou quinze minutes. Le dextrose a pour but de faciliter l'adhérence.

La Commission de l'alimentation du Comité consultatif d'hygiène de France avait déjà donné un avis défavorable après rapport de M. Schaeffer, considérant qu'il n'y avait pas lieu, dans les circonstances présentes, d'augmenter le nombre des produits anticryptogamiques qui n'avaient pas encore fait preuve de leur complète innocuité, tant expérimentale que clinique.

La Commission de l'Académie partage cet avis et juge, en outre, que toute autorisation d'addition d'antiseptique des aliments, même à leur surface, aurait l'inconvénient de donner une fausse sécurité au prodncteur comme au consommateur, en incitant à méconnaître ou à délaisser les soins et les précautions de propreté les plus élémentaires dans la récolte des fruits. Elle propose douc de donner un avis défavorable.

Sur la sensibilité tuberculinique chez les cobayes vaccinés par des scarifications de B. C. G. — M. J. BRETEY compare la courbe de la sensibilité tuberculinique chez des cobayes qui ont reçu du B. C. G. soit par scarifications à travers une goutte d'émulsion contenant un quart de milligramme de vaccin, soit par injection sous-cutanée de 0,1 milligramme de vaccin. L'allergie est plus précoce, mais surtout bien plus intense et plus persistante chez les premiers. Après cinq cent vingt-cinq jours, ces cobayes réagissent encore à l'injection intradermique de 0,000005 centimètre cube de tuberculine brute.

M. GUÉRIN souligne l'importance du travail de M. Bretey. Si l'on a discuté, et si l'on discutera peut-être encore, la plus ou moins grande solidarité des deux termes : *allergie* et *prémunition*, il est un fait certain maintenant, c'est que, dans l'état actuel de nos connaissances, la constatation de l'allergie, c'est-à-dire de la sensibilité à la tuberculine, est le seul test que nous possédions pour le contrôle de la prémunition.

Or la vaccination au B. C. G. par *scarifications cutanées* est la méthode de choix pour l'obtention sûre, rapide et durable de l'état d'allergie dans toutes les espèces sensibles.

Dès maintenant, l'Institut Pasteur se tient à la disposition des intéressés pour leur délivrer la dilution de B. C. G. à *concentration spéciale* pour la pratique de cette méthode, chez les nouveau-nés, les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes, avec les instructions utiles.

De la fréquence de l'aortite non syphilitique en clinique rurale. Essai de pathogénie et de traitement. — M. R. MOLINÉRY. — Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. MILIAN, LAUBRY et SERGENT.

Les algues marines des côtes bretonnes dans l'alimentation de l'homme et des animaux. — M. CHAMAGNE.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 9 *juillet* 1941.

A propos du procès-verbal. — M. HUET présente une observation de fracture du massif des épines tibiales

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

traitée par réimplantation avec un bon résultat.

La stérilisation des poudres de sulfamides. — M. Legroux utilise les vapeurs d'aldéhyde formique à travers des membranes d'acétate de cellulose.

Diagnostic des myélomes. — Rapporteur : M. Brocq. — M. Jeanneney montre l'intérêt, pour ce diagnostic, de l'examen chimique du sang et de la ponction sternale.

Infarctus de l'utérus. — MM. L. Léger et P. Suire (rapporteur : M. Braine) ont recueilli cette observation d'une malade qui fut opérée à Saint-Antoine pour un infarctus utérin *post abortum* véritable.

Injection intra-utérine d'eau de Javel. — M. Bastien (rapporteur : M. Bergeret) a observé, après cette injection, faite dans un but abortif, des accidents de vascularisation si importants qu'ils nécessitèrent une hystérectomie subtotale.

Sept observations d'accidents consécutifs à des injections intra-utérines de liquides divers dans un but abortif. — Ces observations de M. Brette sont rapportées par M. Bergeret qui discute, à cette occasion, les indications opératoires dans ces accidents.

Alors que MM. Bastien et Brette pratiquent l'hystérectomie par voie abdominale, M. Bergeret préfère la voie vaginale qui, pense-t-il, prédispose moins à la diffusion du processus infectieux.

M. Mondor pense qu'il faut tout de même être circonspect dans les septicémies *post abortum* avant d'intervenir par hystérectomie. Il serait sans doute exagéré d'attribuer toutes les guérisons à l'hystérectomie.

Suites éloignées des fractures du col du fémur opérées (Conclusion de la discussion). — M. Mathieu apporte une statistique portant sur 101 cas datant tous de plus d'un an. Sur ce nombre, il compte 82 consolidations osseuses, dont 52 très bons résultats, 18 bons, 6 assez bons avec légère arthrite déformante et 6 où l'arthrite déformante est telle qu'elle rend la marche très difficile. Dans les 14 cas d'échecs, la pseudarthrose ne s'est souvent manifestée que tardivement, jusqu'à un an et demi après la fracture dans un cas exceptionnel. Enfin, M. Mathieu pense que, dans de rares cas, les fractures sous-capitales pourraient peut-être encore bénéficier de la résection arthroplastique de la tête dont il a eu un bon résultat.

M. Basset précise que le point de pénétration idéal du clou est à un ou deux centimètres au-dessous de la crête sous-trochantérienne. Le clou doit être enfoncé très obliquement en haut et en dedans et cheminer plus près du bord inférieur du col que de son bord supérieur. Son extrémité doit se ficher dans le point central de la tête. D'autre part, M. Basset estime très possible la nécrose d'une tête isolée, l'ar-

tère du ligament rond ne suffisant pas toujours à la vascularisation.

M. Boppe est d'accord avec les conclusions apportées par M. Merle d'Aubigné. Il pense, cependant, que les fractures en coxa valga ne nécessitent point l'enclouage ; elles consolident facilement par l'application d'un caleçon plâtré pendant six semaines. M. Boppe se demande si les consolidations avec tassement du col ne sont pas parfois le fait d'une hypercorrection. Enfin, il rappelle l'intérêt des perforations du col dans l'arthrite déformante.

M. Leveuf a vu des résorptions du fragment externe dans des cas très variés, mais les syphilitiques et les vieillards semblent être, cependant, nettement prédisposés. Quant aux altérations de la tête, la prothèse métallique n'est peut-être pas étrangère à leur apparition. M. Leveuf n'en a jamais observé dans les fractures traitées par greffon péronier.

Création d'un vagin artificiel par greffe d'un cylindre muqueux ano-rectal. — M. Jean Gautier (d'Angers) rapporte cette observation personnelle suivie de succès. Cette intervention nécessite ensuite des séances de dilatation. L'auteur pense que cette greffe ano-rectale est l'un des meilleurs procédés pour la création d'un vagin artificiel.

Un cas de hernie diaphragmatique. — M. Ameline a observé cette hernie diaphragmatique consécutive à une blessure de la guerre 1914-1918. Les radiographies ont mis en évidence une hernie périphérique de la coupole gauche qui contenait l'angle splénique du côlon. L'intervention fut pratiquée par la seule voie thoracique avec succès. La suture du diaphragme fut grandement facilitée par l'alcoolisation du phrénique pratiquée sept jours avant l'intervention. L'auteur insiste sur la radiographie, qui donne de précieuses indications pré-opératoires, et pense que la voie thoracique est à conseiller dans les hernies diaphragmatiques périphériques.

M. Sauvé, pour une hernie diaphragmatique importante, a usé de la voie thoraco-abdominale.

M. Quénu pense que, dans la grande majorité des cas, il faut commencer par une laparotomie.

Présentation de radiographies. — M. Mondor présente une radiographie du carpe qui lui permit de faire le diagnostic de luxation du semi-lunaire par l'existence de l'image triangulaire de face décrite par MM. Huet et Huguier ; et une très belle radiographie de tumeur bénigne de l'estomac.

Élection d'un membre titulaire. — M. Funck-Brentano, élu.

La séance de rentrée aura lieu le 15 octobre 1941.

Jacques Michon.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juillet 1941.

Concentration de la gonadotrophine urinaire de l'homme castré par le procédé des mousses. — MM. R. Courrier, G. Poumeau-Delille et F. de Rudder ont appliqué le procédé des mousses à l'urine de l'homme castré. Le liquide recueilli après moussage contient une plus grande quantité d'hormone gonadotrope qu'après simple précipitation alcoolique. Les urines d'homme normal de même âge fournissent un précipité inactif.

Les urines de castrat contiennent les deux principes gonadotropes, agissant chez le rat hypophysectomisé à la fois sur la lignée génitale et sur l'interstitielle.

Valeur fonctionnelle de la zone fœtale de la corticosurrénale. — M. A. Giroud et Me Magd. Martinet rappellent qu'il existe dans la surrénale une zone transitoire située au contact de la médullaire, qui disparaît chez l'homme après la naissance, mais qui pourrait parfois persister et donner naissance à des tumeurs virilisantes.

On a supposé que cette zone, dite zone fœtale, sécrète seulement des hormones sexuelles et que la fonction corticale est réservée aux autres éléments du cortex. Or, par leur technique personnelle, les auteurs ont trouvé dans cette zone fœtale des quantités d'hormone corticale plus importantes que dans le cortex vrai en voie de développement. La zone fœtale, si elle sécrète des hormones sexuelles, sécrète donc également des hormones corticales.

Dosage de la prothrombine par la méthode de Quick (Doses optima de thromboplastine et de calcium, correction des courbes d'étalonnage pour plasma dilué. — Résultats chez l'homme normal). — M. G.-H. Lavergne et Mme Bl. Lavergne-Poindessault ont étudié les doses optima de thromboplastine et de calcium, ainsi que divers autres facteurs susceptibles de modifier les résultats dans la réaction de Quick, et ont cherché à préciser le taux de prothrombine de l'homme normal. La réaction de Quick se montrant peu sensible chez le sujet normal par excès de prothrombine, ils ont utilisé le plasma préalablement dilué au quart dans du sérum physiologique ; cette dilution modifie légèrement les résultats et nécessite l'établissement de courbes de correction.

Influence des centres sur les variations d'excitabilité des nerfs moteurs au cours des actions thermiques périphériques. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard montrent que les actions thermiques périphériques (refroidissement ou réchauffement d'un membre) agissent sur l'excitabilité nerveuse, chez les sujets normaux (Homme ou Animal) par deux mécanismes différents : une action directe sur le nerf et une action indirecte d'origine centrale de sens opposé à la précédente et pouvant en neutraliser les effets. Quand le refroidissement est limité à l'extrémité d'un membre, au lieu que les chronaxies motrices y soient augmentées, effet direct du froid sur le nerf, on note une diminution de chronaxie, résultant d'une action encéphalique en quelque sorte régulatrice.

Action inotrope négative de l'histamine sur le cœur de grenouille. Effet secondaire inotrope positif dû à la formation d'une substance antagoniste. — M. Robert Tiffeneau expose que l'action inotrope négative de l'histamine sur le cœur de Grenouille perfusé est suivie, après quelques minutes, d'un effet secondaire inverse (action inotrope positive). Cet effet secondaire ne saurait être expliqué par une différence de concentration (ou de potentiel) entre l'extérieur et l'intérieur du substrat, car il n'y a pas de modification de la réactivité du substrat, pas plus qu'il n'y a destruction de l'histamine. L'effet secondaire doit être attribué à la libération d'une substance antagoniste, dont la présence est démontrée en recourant à divers artifices expérimentaux.

Sur les caractères de la sécrétion gastrique provoquée par l'adrénaline. — MM. J.-L. Parrot et Fr. Verliac signalent que la sécrétion gastrique obtenue chez le Chien sous l'action de l'adrénaline est caractérisée par la longueur du temps de latence et l'abondance du mucus. Les sécrétions aqueuse et acide atteignent leur maximum trois quarts d'heure environ après l'injection d'adrénaline ; la sécrétion des substances azotées, et notamment de la pepsine, seulement au bout d'une heure ou d'une heure et quart. Cette nouvelle action de l'adrénaline ne serait pas directement déterminée par cette hormone, mais par un produit de transformation de celle-ci, ce qui expliquerait la longueur du temps de latence.

Action de quelques ammoniums quaternaires curarisants sur la contracture tétanique. — M. H. Lenormant a étudié l'action des iodométhylates d'hexaméthylènetétramine, de quinidine et de spartéine sur la contracture tétanique locale et générale. Il a observé que les régions tétanisées présentent une sensibilité particulière à ces poisons curarisants ; en outre, le point d'inoculation est presque toujours un centre d'excitation anormale, facteur principal dans le déterminisme des spasmes tétaniques.

Microméthode pour le dosage biologique de lécithides après acétylation. — A. Carayon-Gentil, E. Corteggiani et A. Pelou utilisent une méthode combinée chimique et biologique pour effectuer aisément le microdosage de lécithides, après mise en liberté de la choline par hydrolyse.

De l'influence de la non-saturation sur la toxicité des dérivés du chaulmoogra. — MM. Buu Hoi et A. Rakoto Ratsimamanga, partant de l'hypothèse que la toxicité du chaulmoogra devait être due à la présence de certains groupements dans la molécule de ses constituants essentiels (acides chaulmoogrique et hydnocarpique), ont étudié comparativement sur le Chien et le Cobaye la forme cyclique non saturée (chaulmoograte d'éthyle) et la forme saturée (dihydrochaulmoograte et dihydro-hydnocarpate d'éthyle). La première donne les mêmes accidents que le chaulmoogra brut. Par contre, la forme saturée ne provoque aucun indice d'intolérance. La toxicité des consti-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tuants du chaulmoogra tiendrait donc à la double liaison du cycle pentagonal, et, au point de vue pratique, l'administration des produits dihydrogénés permettrait l'utilisation du chaulmoogra à doses élevées sans inconvénients.

Spécificité chimique et spécificité biologique dans la réaction entre les protéines sériques et leurs anticorps examinées au moyen de la floculation. — M. G. Ramon distingue, immunologiquement parlant, la *spécificité chimique* d'un antigène, qui relève certainement de la constitution chimique de sa molécule et peut-être de son état physique, et la *spécificité biologique*, rattachée à l'espèce à laquelle appartient l'être qui a fourni l'antigène.

G. Ramon a étudié le phénomène de spécificité immunologique en mettant en œuvre la réaction de floculation ; des résultats obtenus, il ressort que la « spécificité biologique » paraît beaucoup moins stricte qu'on l'admet généralement. La « spécificité chimique » semble l'emporter sur la « spécificité biologique ».

Dégradation des substances protéiques des milieux de culture et toxinogénèse tétanique. — Application à l'étude des milieux de culture pour le bacille tétanique. — MM. J. Pochon et G. Amoureux indiquent une technique simple de mesure du degré de dégradation des substances protéiques, technique qui leur a permis de déterminer les limites de dégradation compatibles avec la toxinogenèse tétanique.

Mécanisme d'action des sulfamides, des sulfones et des sulfoxydes. Phénomène de Woods. — MM. C. Levaditi et R. Pérault ont vérifié l'exactitude expérimentale du phénomène de Woods, c'est-à-dire l'action empêchante qu'exerce, aussi bien *in vitro* qu'*in vivo*, l'acide para-aminobenzoïque à l'égard de l'effet bactériostatique et curatif de certains composés sulfamidés sur le streptocoque et le *B. coli*. Ils ont trouvé, *in vitro* et *in vivo*, que cet acide exerce son activité empêchante non seulement à l'égard des dérivés sulfamidés, mais encore sur les sulfones et les sulfoxydes, alors qu'il n'exerce aucun effet sur l'action bactéricide des antiseptiques, tels que sublimé, sunoxol, mercurochrome ou thioflavine.

Méthode de coloration élective des corpuscules lymphogranulomateux. — M. P. Lépine et Mlle V. Sautter décrivent une méthode de coloration élective des granulo-corpuscules virulents observés au sein des tissus dans la maladie de Nicolas et Favre. La méthode, simple et donnant d'excellents résultats, est également applicable à d'autres virus, celui de la psittacose par exemple.

Séance du 26 juillet 1941.

Polyglobulie de mobilisation et valeur fonctionnelle de l'hémoglobine (rôle de l'oxyde de carbone). — MM. L. Binet et M. Strumza étudient dans le sang circulant au cours de l'anoxémie aiguë à la fois le nombre de globules rouges et la quantité d'hémoglobine immédiatement oxydable : toute l'hémoglobine, mise en circulation par la chasse des organes réservoirs, ne s'oxyde pas d'emblée. Ces faits s'expliquent par la présence d'un taux assez élevé d'oxyde de carbone dans les réservoirs sanguins et en particulier dans la rate.

Variations de la teneur des surrénales et adrénaline sous l'influence des injections d'histamine. — MM. L. Binet et G. Weller, dosant l'adrénaline dans la glande surrénale du chien, ont constaté une forte élévation de l'adrénaline après un choc histaminique modéré, alors que la réaction est nulle après un choc accentué.

Prolongation des effets de l'adrénaline sur l'intestin isolé de cobaye en présence de substances polyphénoliques naturelles dérivées de la flavone (phényl-benzo-γ-pyrone). — MM. Jean Lavollay et Joseph Neumann, dans une note antérieure, ont établi que ces matières colorantes, répandues dans les végétaux et ingérées par les animaux, ont la propriété d'inhiber l'autoxydation de l'adrénaline. Introduites dans le bain de Tyrode, elles potentialisent l'allongement de l'intestin de cobaye provoqué par les faibles doses d'adrénaline, et surtout elles prolongent le temps d'inhibition et la durée de relâchement de l'organe.

Sur quelques modifications pharmacologiques de la sécrétion gastrique provoquée par l'adrénaline. — MM. J.-L. Parrot et F. Verliac montrent que cette nouvelle action de l'adrénaline, ainsi que toutes ses actions inverses, se trouve renforcée par les agents sympatholytiques, favorisée par l'ésérine et inhibée par l'atropine. Les agents sympatholytiques favoriseraient le métabolisme de l'adrénaline ; les actions renforçatrice de l'ésérine et inhibitrice de l'atropine s'expliqueraient par un réflexe vagal.

Sur le mécanisme d'action de l'éphédrine. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler, pour expliquer que, dans certaines conditions, les sympathomimétiques du groupe de l'éphédrine augmentent les effets hypotenseurs de l'histamine, de la trinitrine et de la papavérine, émettent l'hypothèse que l'éphédrine agit suivant un double mécanisme : une action sympathomimétique supprimée par les sympatholytiques ; une action vaso-constrictrice propre, qui serait en même temps sensibilisatrice aux agents hypotenseurs étudiés.

L'épreuve au rhodanate de sodium, méthode de mesure du volume des liquides interstitiels. — MM. P. Cachera et P. Barbier ont pu calculer le volume des liquides interstitiels avec une suffisante approximation en construisant la courbe de disparition du rhodanate de sodium dans le sérum. Il y a avantage à comparer le volume des liquides interstitiels avec celui du plasma sanguin, mesuré dans une épreuve jumelée.

Cette double épreuve permet aussi bien de connaître le volume des liquides extracellulaires totaux (en additionnant liquides interstitiels et plasma), que de considérer les deux secteurs liquides extracellulaires isolément et d'apprécier leurs variations réciproques.

(A suivre.)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Mme Georges Léger, épouse de M. G. Léger, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Le Dr Faure-Esmiol (Golfe-Juan). — Le Dr Descos, ancien médecin des hôpitaux de Saint-Étienne.

MARIAGE. — M. G. Marty, fils du Dr Jean Marty (d'Aulnay-sous-Bois), avec Mlle Anne-Marie Pedelliez.

NAISSANCES. — M. J.-M. Coldefy, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, et Madame font part de la naissance de leur fille Florence. — M. J. Levernieux, ancien externe des hôpitaux de Paris, et Madame font part de la naissance de leur fille Claudine. — Le Dr et Mme Loriquer font part de la naissance de leur fille Christiane (Dol-de-Bretagne). — Le Dr et Mme Ledieu font part de la naissance de leur fils Jean (Lille).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. Adam, préfet de 2e classe en service détaché, directeur régional de la famille et de la santé, est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique Marchant, à Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le Dr Leclainche, appelé à d'autres fonctions.

DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS. — Trois concours sur titres et sur épreuves sont ouverts à la Préfecture de la Charente-Inférieure, en vue du recrutement :

1° D'un médecin-chef du dispensaire antivénérien de Rochefort ;

2° D'un médecin-chef du dispensaire antivénérien de Saintes ;

3° D'un médecin-adjoint du service de prophylaxie des maladies vénériennes de la ville de La Rochelle.

Les candidats devront être Français à titre originaire et titulaires du diplôme de docteur en médecine. Les dossiers de candidature devront être adressés à la Préfecture de la Charente-Inférieure, Inspection de la Santé, avant le 25 octobre 1941, terme de rigueur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision (*extraites du* Journal officiel). — Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

12e *B. C. A.* — Méd.-lieut. Deplante, R ; méd. aux. Goirault, R ; méd. aux. Weiss, R.

14e *B. C. A.* — Méd.-lieut. Dumond, D.

15e *B. C. A.* — Méd.-lieut. Boutet, B.

17e *B. C. portés.* — Méd.-lieut. Derobert, D ; dent. aux. Lumbroso, D.

18e *B. C. A.* — Méd. aux. Poucel, D.

21e *B. C. portés.* — Méd. aux. Talairach, B ; méd.-lieut. Levêque, D.

23e *B. C. A.* — Méd. aux. Casanova, CA, D.

27e *B. C. A.* — Méd. aux. Joie, A, A.

28e *B. C. A.* — Méd. aux. Charbonnier, R.

44e *B. C. P.* — Méd. aux. Bernard, D.

53e *B. C. P.* — Méd. aux. Tillier, A.

87e *B. C. A.* — Méd. aux. Henry, R.

93e *B. C. A.* — Méd. aux. Rabechaud, R.

102e *B. C. P.* — Méd.-cap. Dicharry, R.

1er *R. de Zouaves.* — Méd. aux. Carré, R ; méd. aux. Axelrad, B ; méd. aux. Bonvallet, B.

4e *Zouaves.* — Méd.-cap. Cartier, D ; dent.-s.-lieut. Journoud, D ; méd. aux. Benmussa, R ; méd.-lieut. Monpère, R.

11e *Zouaves.* — Dent. aux. Broder, CA ; pharm.-lieut. Delaquet, D.

6e *Rég. tir. alg.* — Méd. aux. Fieschi, D.

11e *R. T. A.* — Méd.-lieut. Grangaud, B.

13e *R. T. A.* — Méd.-cap. Ollivier, CA.

14e *R. T. A.* — Méd. aux. Lechertier, CA.

17e *R. T. A.* — Dent. aux. Taieb Ben Salem, B ; méd. aux. Vollenweider, A ; méd. aux. Tassy, D ; méd. aux. Pujol, D ; méd.-lieut. Richard, B.

18e *R. T. A.* — Méd.-cap. Bœau Brissonnière, A ; méd. aux. Isnard, D.

27e *R. T. A.* — Méd. aux. Hugueny, B.

31e *R. T. A.* — Méd. aux. Fouchet, R ; méd.-lieut. Biojout, R ; dent. aux. Blumberg, R ; méd.-lieut. Quintard, R ; méd. aux. Boukhelloua, R ; méd. aux. Francis Ahmed, D.

4e *R. T. tun.* — Méd.-cap. Bourgeot, D, D ; pharm.-lieut. Cottard, D, D ; méd. aux. Sirol, D, D.

8e *R. T. tun.* — Méd. aux. Jacquet, CA ; méd.-lieut. Hirondelle, D ; méd.-lieut. de Couze, D ; méd.-lieut. Beaumont, D ; méd. aux. Limouze, R.

20e *R. T. tun.* — Méd.-lieut. Tixier, D ; pharm.-s.-lieut. Joly, R ; dent. aux. Massa, R ; méd.-lieut. Jourdau, B ; méd.-lieut. Martinez, R.

27e *R. I.* — Dent. aux. Dumontel, R ; pharm.-lieut. Lamy, R ; méd.-lieut. Garuier, B ; méd. aux. Duyzabo, B ; méd.-lieut. Dumont, B ; méd.-aux. Berille, R.

29e *R. I.* — Méd.-cap. Lartigue, D.

31e *R. I.* — Méd.-lieut. Jamain, R.

35e *R. I.* — Méd.-sous-lieut. Guilleret, R ; dent. aux. Ginot, R ; méd.-comm. Maulin, D ; méd.-lieut. Garnung, D ; méd.-lieut., Duriez, CA.

41e *R. I.* — Méd.-comm. Le Cars, D ; méd.-lieut. Broeard, R.

42e *R. I. Fort.* — Méd. aux. Favier, R ; méd.-lieut. Massol, R ; méd.-lieut. Colin, CA ; méd.-comm. Sillic, D.

46e *R. I.* — Pharm.-lieut. Lefort, B ; méd.-lieut. Bargaiu, D.

56e *R. I.* — Méd. aux. Jove, B ; méd. aux. Carli, D.

57e *R. I.* — Méd.-s.-lieut. Chaumelle, D.

59e *R. I.* — Méd.-lieut. Dor, CA ; méd. aux. Sestier, D ; méd.-comm. Texier, B.

60e *R. I.* — Méd. aux. Morin, D ; méd.-comm. Lacaze, B ; méd.-lieut. Moutet, A.

63e *R. I.* — Méd.-cap. Cantegrit, B.

64e *R. I.* — Méd.-lieut. Sauvain, A.

65e *R. I.* — Méd.-lieut. Turou, D.

67e *R. I.* — Méd.-lieut. Busy, D ; méd. aux. Périgois, D.

71e *R. I.* — Méd. aux. Pirot, B ; pharm.-lieut. Bréuogat, B ; méd.-cap. Bastard, D ; méd.-s.-lieut. Bandouin, D ; méd.-lieut. Quentel, D ; méd.-s.-lieut. Escolan, R.

78e *R. I.* — Méd.-cap. Duport, B ; dent.-lieut. Falaise, B ; méd. aux. Darbon, R et R ; méd.-lieut. Camena d'Almeida, R et D ; méd. aux. Brignon, B ; pharm.-s.-lieut. Prouzat, R ; méd.-lieut. Quiller, R ; méd. aux. Chargosset, R ; méd.-lieut. Colonna d'Istria, R ; dent.-lieut. Martine, B.

79e *R. I. Fort.* — Méd.-lieut. Ungerer, R.

80e *R. I.* — Méd.-lieut. Alexandre, R ; dent.-lieut. Peron, A.

81e *R. I.* — Méd.-asp. Bethoux, D ; méd.-cap. Devy, D ; méd.-lieut. Mandoul, B ; méd.-lieut. Berthezène, B ; méd.-lieut. Blancard, B.

86e *R. I.* — Méd.-s.-lieut. Lepetit, R ; méd.-lieut. Ducros, R ; méd.-s.-lieut. Gallaud, R ; méd. aux. Bernard, R ; méd.-cap. Meyruels, R ; dent.-s.-lieut. Corre, R.

90e *R. I.* — Méd. aux. Trapez, CA ; méd.-cap. Massonié, CA.

92e *R. I.* — Méd.-s.-lieut. Michel (Antoine), A ; méd.-lieut. Auroy, R.

93e *R. I.* — Méd.-cap. Tête, A ; méd. aux. Cordier, R.

94e *R. I.* — Méd. aux. Renondeau, R.

NOUVELLES *(Suite)*

95e *R. I.* — Méd. aux. Arnoult, R.

97e *R. I. alp.* — Méd.-cap. Brunet, R ; dent.-lieut. Pellet, R ; méd. aux. Pierrou, R ; méd.-lieut. Vignalou, R ; pharm. aux. Maréchal, R ; méd.-lieut. Dayrè, R ; méd.-lieut. Lyathaud, R ; méd. aux. Pierrou, R.

98e *R. I.* — Méd. aux. Guillemain, R.

99e *R. I. alp.* — Méd. aux. Luciani, R ; méd.-comm. Stibio, R ; méd.-lieut. Benoit, R ; dent.-lieut. Bollach, R ; méd. aux. Faure-Brac, R ; méd. aux. Lacroix, R ; méd.-lieut. Castel, R ; méd. aux. Robert, R ; pharm.-lieut. Albrieux, R.

101e *R. I.* — Méd.-lieut. Paris, R.

102e *R. I.* — Adj.-dent. Nivot, D.

103e *R. I.* — Méd.-lieut. Orinstein, D ; méd. aux. Klein D ; méd.-lieut. Erembert, A.

104e *R. I.* — Dent.-lieut. Prunier, R ; méd.-s.-lieut. Trouvé, R ; méd.-cap. Becam, B ; méd.-lieut. Brunel, B ; méd.-lieut. Ganot, B ; méd.-lieut. Olive, B.

108e *R. I. alp.* — Méd.-lieut. Roy, R.

109e *R. I.* — Méd. aux. Panis, CA.

115e *R. I.* — Pharm.-lieut. Blanchard, R ; dent.-lieut. Hugo, R.

123e *R. I.* — Méd. aux. Hoffmann, D.

126e *R. I.* — Méd.-lieut. Giraud, R ; méd. aux. Bleynie, B.

127e *R. I.* — Méd. aux. Lecat, D ; méd.-cap. Dassonville, B.

130e *R. I.* — Méd.-cap. Portalier, D ; dent.-lieut. Caillère, D ; pharm.-lieut. Malepart, D.

140e *R. I. alp.* — Méd.-s.-lieut. Chappuis, D ; méd. aux. Martin, CA ; méd. aux. Maurin, CA ; méd.-lieut. Lefèvre des Noëttes, D.

141e *R. I. alp.* — Méd. aux. Spiegelblatt, D ; méd. aux. Droit, D ; méd. aux. Brunet, D ; méd.-s.-lieut. Spiegelblatt, D ; méd.-lieut. Rimbal, R. ; méd.-lieut. Avierinos, R ; méd.-lieut. Gardes, CA.

144e *R. I.* — Méd. aux. Peschaud, CA.

146e *R. I. fort.* — Méd. aux. Grès, B.

149e *R. I. fort.* — Méd.-cap. Leduc, CA ; méd. aux. Goust, R ; pharm.-aux. Beauvoir, R.

151e *R. I.* — Méd.-lieut. Rouquet, B ; méd.-sous-lieut. Guillaume, B.

153e *R. I.* — Méd.-comm. Wagner, R ; dent. aux. Baumgarten, R ; méd.-lieut. Rodier, D ; méd.-lieut. Jacquel, D.

154e *R. I.* — Méd.-lieut. Fargeot, A.

155e *R. I. fort.* — Méd.-lieut. Denis, D.

159e *R. I. alp.* — Méd.-lieut. Cottanceau, R ; méd. aux. Brochard, R ; méd.-lieut. Lemonon, CA ; méd. aux. Maury, CA.

160e *R. I. fort.* — Méd.-lieut. Pierre Grenet, R.

161e *R. I. fort.* — Méd.-lieut. Chevalier, R ; méd. aux. Got, R.

205e *R. I* — Méd.-lieut. Benois, R.

213e *R. I.* — Méd.-lieut. Lévêque, CA.

226e *R. I.* — Méd.-cap. Cazaux, B.

237e *R. I.* — Méd.-cap. Guibert, CA ; dent. aux. Lansquin, D ; méd.-lieut. Vialatte, B ; méd. aux. Mieral, B ; méd. aux. Coldefy, R ; méd.-lieut. Kolp, R ; méd.-s.-lieut. Mahon, R.

260e *R. I.* — Méd. aux. Decormeille, CA.

344e *R. I.* — Méd.-lieut. Georges, D.

348e *R. I.* — Méd.-lieut. Luc, R.

5e *bat. chasseurs portés.* — Méd. aux. Foucault, D.

6e *bat. chass. alp.* — Méd. aux. Gobin, D ; méd. aux. Genet, D.

7e *B. C. A.* — Méd. aux. Comte, R ; méd. aux. Olivier, R ; méd.-lieut. Causse, D.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Recrutement des élèves de l'École des infirmières et de l'École de préparation aux Services généraux hospitaliers de l'Assistance publique. — Le concours annuel en vue du recrutement des élèves aura lieu le lundi 13 octobre 1941, à 13 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris. Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 20 septembre 1941 inclusivement, à la sous-direction du personnel de l'Administration, 3, avenue Victoria, à Paris (IVe).

Les candidats doivent être célibataires, âgées de dix-neuf ans au moins, et ne pas avoir atteint vingt-six ans au 1er octobre de l'année du concours. Elles doivent, en outre, être de nationalité française à titre originaire, en remplissant à cet égard les conditions requises par la loi du 3 avril 1941, ne pas tomber sous le coup de la loi du 2 juin 1941 et satisfaire aux conditions exigées par par la loi du 14 août 1940 relative aux sociétés secrètes.

La durée des études est de deux années, pendant lesquelles les élèves sont nourries, logées, chauffées, éclairées et blanchies. Elles sont, après examen, nommées infirmières de 3e classe ; traitement et indemnités de début pour Paris : 20 300 francs. Elles doivent prendre l'engagement de rester cinq ans au service de l'Administration après leur sortie de l'école.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à la sous-direction du personnel de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (IVe), Bureau no 9.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres) (professeur : M. Jean Troisier). Assistants : MM. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé.

MM. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant le mois d'octobre 1941, quatre leçons sur : *Les pleurésies tuberculeuses et leur traitement.*

Dimanche 5 octobre. — M. Bariéty : La pleurésie séro-fibrineuse.

Dimanche 12 octobre. — M. Brouet : Les autres formes de pleurésies tuberculeuses.

Dimanche 19 octobre. — M. Brouet : Les pleurésies du pneumothorax artificiel (I).

Dimanche 26 octobre. — M. Bariéty : Les pleurésies du pneumothorax artificiel (II).

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec) (professeur Jean Troisier). — Nous rappelons qu'un *cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires* aura lieu du 27 octobre au 3 décembre 1941 et qu'il sera suivi, du 4 au 17 décembre 1941, d'un cours théorique et pratique sur : *Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.* Droits d'inscription : 300 francs pour le premier cours, 500 francs pour le second cours, et 700 francs pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements et inscriptions : Clinique de la tuberculose, tous les matins, de 10 heures à midi (Dr Brouet), et au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet no 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

NOUVELLES DIVERSES

La vente libre des plantes servant à la composition des boissons hygiéniques. — Une loi du 21 juin 1941 (*J. O.* du 24 juin) autorise la vente libre du tilleul, de la camomille, de la menthe, de la verveine et des feuilles d'oranger. Ces plantes ne devront pas être vendues en mélange.

REVUE DES LIVRES

Les vitamines et leur utilisation clinique (*Die Vitamine und ihre klinische Anwendung*), par W. STEPP, J. KUHNAU et HERMANN SCHROEDER. Un volume de XII-283 pages, 5[e] *édition*. (*Ferdinand Enke, éditeur, Stuttgart*, 1941.)

La cinquième édition de ce livre reproduit intégralement la précédente, parue à l'automne de 1939 et épuisée en un an malgré les circonstances. C'est dire l'extraordinaire succès de cet ouvrage dont la première édition remonte seulement au début de 1936 et qui fut profondément remanié lors de ses deuxième et quatrième éditions. Il constitue d'ailleurs, sous une forme extrêmement condensée et documentée, peut-être à l'heure actuelle le meilleur guide que puissent trouver non seulement le médecin qui cherche un aperçu théorique et pratique approfondi de l'importance des travaux et des progrès effectués au cours de ces dernières années, mais encore le chercheur qui veut s'orienter dans ce domaine et qui trouvera à chaque chapitre une bibliographie courte, mais essentielle.

La découverte et l'isolement, la constitution chimique et la synthèse, la caractérisation et le dosage, la répartition dans l'organisme et les besoins quotidiens, la physiologie et le mécanisme d'action, l'intérêt pathologique et thérapeutique chez l'homme et chez les animaux sont successivement étudiés et examinés à propos de chaque vitamine ou groupe de vitamines actuellement connu. Une vue d'ensemble sur les vitamines dans l'alimentation humaine, un aperçu sur l'importance thérapeutique de l'antagonisme entre les diverses vitamines, des tableaux indiquant la teneur en vitamines des divers aliments terminent cet excellent ouvrage, dont il n'existe guère, à notre connaissance, d'équivalent dans notre langue.

F.-P. MERKLEN.

L'ostéosynthèse au point de vue biologique. Influence de la nature du métal. Étude expérimentale, par G. MÉNÉGAUX, chirurgien des hôpitaux de Paris, et D. ODIETTE, assistant à l'Institut du Cancer. Préface de Jules VERNE. 1 vol. de 176 pages avec 71 figures, 35 francs. (*Masson et C*[ie], *édit.*)

Les auteurs ont été frappés par les incidents et les échecs imprévus auxquels donnent lieu de temps à autre les ostéosynthèses, quelque rigoureuses qu'aient été les indications et la technique opératoire, ainsi que les soins ultérieurs. Éliminant les facteurs actuellement bien connus, ils ont été amenés à penser que la nature du métal utilisé pouvait avoir une importance.

Ils ont étudié ce problème du point de vue cellulaire en cherchant à mettre en présence les différents métaux expérimentés et l'ostéoblaste lui-même considéré comme *primum movens* de toute consolidation osseuse.

Ils ont donc fait plusieurs séries d'expériences par la méthode des cultures de tissu. Ils ont voulu ensuite contrôler *in vivo* leurs résultats pour répondre à l'objection possible que leurs recherches *in vitro* n'avaient pas de portée pratique.

Ces deux méthodes, en apparence si dissemblables, leur ont donné des résultats concordants.

Ce travail est divisé en quatre parties. La première est consacrée à quelques généralités. Dans la deuxième et la troisième partie ils relatent successivement leurs expériences sur les cultures et leurs recherches de contrôle sur l'animal. La quatrième partie est réservée à l'étude critique des résultats.

Ces recherches sont extrêmement intéressantes et ce livre est, à tous égards, remarquable.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

pH DES ULCÈRES VARIQUEUX (1)

L'étiologie, la nature des ulcères de jambe dits « variqueux » ont été, et sont encore à l'heure actuelle, âprement discutées. On a, tour à tour, invoqué l'infection, la syphilis (son rôle semble avoir été exagéré d'après Gerson), la tuberculose, les mycoses. Parmi les causes déterminantes, la déclivité, la stase circulatoire, la thrombose capillaire, les troubles de la nutrition et de la circulation locale (varices, capillarites, phlébites antérieures) ont certainement leur rôle. Certaines cardiopathies ou affections du système nerveux peuvent y prédisposer. Nous ne retiendrons, de ces considérations plus ou moins théoriques, que les éléments qui ne prêtent pas à discussion : une fois l'ulcère constitué, on constate la prédominance des troubles trophiques et la surinfection streptococcique.

Il est inutile de rappeler ici la physionomie clinique de l'ulcère variqueux. Soulignons seulement que la perte de substance intéresse également le derme et l'hypoderme, et que la dermo-épidermite de la peau environnante est fréquente (dermite jaune ocre, dyskératose péri-malléolaire).

Tout le monde sait que l'évolution en est

(1) Produits du Laboratoire Lavril.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE *(Suite)*

essentiellement chronique sans tendance à la cicatrisation spontanée.

Pour bien comprendre les principes du nouveau traitement que nous proposons, examinons donc de près les modifications intimes qui ont lieu dans l'ulcère au cours de son évolution. C'est, avant tout, la nécrose des tissus atteints : des toxalbumines se forment qui peuvent, à la longue, retentir sur l'état général. Les streptocoques se multiplient : l'infection est à son comble. Ce n'est que dans les cas favorables que le nettoyage de la plaie se fait par la protéolyse des tissus nécrosés par les polynucléaires. C'est la période des grosses suppurations, les macrophages phagocytant tous les débris sphacélés. Au point de vue physico-chimique, le *p*H est bas : 6,2, ne permettant que la survie du streptocoque (*p*H optimum 7-6,2). On ne peut arriver au stade de réparation (« bourrage hydrique » des cellules) et à l'apparition des jeunes bourgeons charnus que si le traitement élève le *p*H à 6,8. A ce niveau, seulement, se trouvent réalisées les conditions physiques de l'osmose (passage des éléments colloïdaux et minéraux nécessaires à la nutrition des cellules jeunes en pleine activité).

La connaissance exacte de la physiologie de l'ulcère variqueux nous permet de comprendre aujourd'hui pourquoi les antiseptiques échouent fatalement dans le traitement de ces ulcères.

C'est la méthode anaseptique (désinfection par changement de milieu, employée avec succès en gynécologie, obstétrique et chirurgie septique) qui nous semble la plus physiologique, et c'est celle qui nous a donné les meilleurs résultats.

Cette méthode consiste en un ensemencement de bactéries lactiques qui déterminent un *p*H très bas, voisin de 4,5, grâce auquel les streptocoques sont détruits, puis, en second lieu, un apport de *Lacto-Sérum*, solution à *p*H 6,8, grâce auquel s'effectue la protéolyse des tissus dévitalisés et la régénération des bourgeons charnus.

L'emploi consiste à saupoudrer la surface de l'ulcère avec de la poudre de bacilles lactiques (*Lactosmose Lavril*). Les bacilles lactiques prolifèrent, pénètrent dans les moindres replis de l'ulcère et transforment la toxalbumine des cellules atteintes en composés lactiques non toxiques (d'où suppression des toxhémies).

Cette désintégration peut, parfois, être brutale, et la mise à nu des terminaisons nerveuses périphériques peut rendre douloureux le pansement. Le *p*H local s'abaisse à 4,5 : à ce niveau, les pathogènes sont supprimés, l'infection arrêtée.

On continue ensuite en appliquant sur l'ulcère des compresses imbibées de Lacto-Sérum à *p*H 6,8, milieu physiologique le plus nutritif et le mieux équilibré (Vallin, Delbet, Heitz-Boyer, Picot), forme la plus favorable de l'apport hydrique dont les cellules ont besoin pour le démarrage de la cicatrisation. On veillera à maintenir l'humidité de la compresse en l'imbibant de Lacto-Sérum extérieurement. Le Lacto-Sérum achève la protéolyse, draine le pus, l'ulcère se nettoie et il n'y aura plus d'obstacle à la cicatrisation. Signalons que, dans les ulcères où l'administration première de la poudre de bacilles lactiques est douloureuse, on commence par des compresses de Lacto-Sérum pur dilué à 50 p. 100 d'eau. On appliquera la poudre plus tard.

Vers la fin de la cicatrisation profonde, on assiste au freinage de la prolifération tissulaire et à l'abaissement du *p*H. C'est cette acidité forte qui va présider à la dernière phase de la cicatrisation : l'épidermisation. On doit alors abaisser le *p*H à 5,2 (*p*H épidermique), cesser l'application de Lacto-Sérum, pour utiliser la pâte iso-acide épidermique : *Lactacyd Lavril* (*p*H 5,2), qui termine la cicatrisation.

Deux observations d'ulcères variqueux traités par la bouillie lactique méritent d'être rapportées :

1° Mme A..., ménagère, présente un ulcère siégeant sur la face externe de la jambe, de la taille d'une petite paume de main, à bords régulièrement arrondis, taillés à l'emporte-pièce, à fond sanieux purulent; *p*H 7,5. La peau périphérique est infiltrée, de teinte bistrée, scléro-atrophique. Terrain variqueux et syphilitique. Cyanure, Lactosmose, puis Lactacyd. Désinfection rapide en quatre-cinq jours, diminution de la surface de l'ulcère par gain périphérique : 6 millimètres en huit jours. Cicatrisation en deux mois.

2° M. H..., vingt-neuf ans, chômeur. Présente un ulcère de la région achiléenne gauche. Il est profond, arrondi, taillé à pic, à fond sanieux, de la taille d'une pièce de 2 francs. Il est entouré d'un placard violacé, œdématié. Lactosmose et Lactacyd. Au bout d'une semaine : l'infiltration œdémateuse péri-lésionnelle a disparu complètement, l'ulcère s'est nettoyé et s'est comblé très nettement. L'épidermisation est en cours.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INTERVENTION DE L'ORDRE DES MÉDECINS CONTRE LES GUÉRISSEURS

La Cour d'appel de Paris a rendu le 22 avril 1941 son premier arrêt relatif à l'Ordre des médecins ; elle juge que l'Ordre des médecins est en droit d'intervenir en appel contre ceux qui exercent illégalement la médecine, même quand c'est le Syndicat médical qui, en première instance, a poursuivi les charlatans et les a fait condamner.

En effet, l'Ordre des médecins remplace les syndicats dissous, il est leur successeur légitime et c'est à lui qu'incombe la lourde mission de veiller à la morale et à la dignité comme aux intérêts de la profession médicale.

C'est à lui qu'il appartient de défendre les intérêts de la santé publique menacée par les faux médecins.

Après avoir publié les attendus de l'arrêt de la Cour, nous en indiquerons les conséquences.

La partie de l'arrêt du 22 avril qui intéresse notre question est ainsi libellée :

« Statuant, d'une part, sur l'appel interjeté par les dames Robert-Petit et Robert-Duhem ainsi que la Compagnie « La Participation », d'autre part, sur l'appel incident formé tant par Poyet que par la Direction générale des Domaines de l'Ordre des médecins de Seine-et-Oise d'un jugement rendu par le Tribunal civil de Pontoise le 20 juin 1939, lequel déclare lesdites dames Robert responsables du décès de la femme Poyet et les a condamnées conjointement et solidairement avec l'assureur à payer :

« 1° A Poyet en sa double qualité de mari de la victime et de tuteur de ses quatre enfants mineurs les sommes de 60 000 francs et 100 000 francs de dommages et intérêts ;

« 2° Celle de 500 francs au Syndicat des médecins de Seine-et-Oise, partie intervenante au nom de laquelle l'instance a été reprise devant la Cour pour les appelants incidents susvisés par application de la loi du 7 octobre 1940 ;

« Et d'abord, sur les deux questions préalables relatives à la recevabilité : 1° tant des faits qui se sont manifestés en Cour d'appel ; 2° tant de l'information pénale que de la demande à fin de supplément d'enquête et d'expertise.

Sur le premier point :

« Considérant qu'en sa qualité de continuateur légitime du Syndicat dissous, l'Ordre des médecins de Seine-et-Oise, institué en vertu de la loi susvisée, a recueilli dans son patrimoine tous les biens appartenant à ce dernier, notamment le bénéfice de l'appel qu'il avait interjeté au jugement du 20 juin 1939 ;

« Que, d'après l'article 16 de la loi nouvelle, c'est à lui qu'il incombait d'en assurer la gestion, c'est-à-dire l'exercice, et que l'intervention devant la Cour était le seul moyen pour y parvenir ;

« Considérant, d'autre part, qu'en procédant ainsi il a suppléé dans la mesure du possible à la carence forcée du séquestre de l'article 17 à qui la brièveté du délai de deux mois qui lui était imparti pour remplir sa mission ne permettait pas de le faire en temps utile ; que cette intervention a servi à la fois les intérêts de la liquidation et de l'Ordre, qu'elle est à coup sûr recevable ;

« Mais considérant qu'elle apparaît en même temps et par contre exclusive de celle à laquelle le directeur des Domaines de Seine-et-Oise a cru devoir procéder aussi à titre de séquestre ;

« Considérant que l'article 17 de la loi nouvelle définit le rôle et les attributions de ce séquestre, qu'il doit recevoir les biens provenant du syndicat dissous, en effectuer la liquidation, puis le transfert au Conseil départemental de l'Ordre, le tout d'ailleurs dans le délai de deux mois qui vient d'être rappelé, mais qu'il n'a pas reçu d'autre mission et notamment celle de représenter ledit syndicat en justice, même poursuivre sur les instances engagées par ce dernier ;

« Considérant, que, dans l'espèce, il avait d'autant moins à le faire que, par sa propre intervention, le Président de l'Ordre, dûment habilité par le Conseil départemental, lui donnait tous apaisements à cet égard ;

« Considérant, il est vrai, qu'il tente de justifier son initiative par la distinction qu'il conviendrait, d'après lui, de faire entre les intérêts moraux et matériels de l'Ordre et par cette prétention à savoir que c'est à lui que reviendrait la défense ou la sauvegarde de ces derniers ;

« Mais considérant que cette opinion est sans fondement, le même article 16, déjà cité, disposant au contraire que c'est l'Ordre (et non le séquestre) qui pourvoit à ces mesures ;

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

« Considérant qu'en réalité ladite distinction est non seulement arbitraire, mais abusive en ce sens que si elle était mise en pratique elle aurait pour résultat, par suite de la double représentation qu'elle introduirait dans la procédure, d'en accroître les frais, et ce sans nécessité, rien en effet ne s'opposant à ce que l'Ordre concentre entre ses mains la gestion tant matérielle que morale du patrimoine qui lui est dévolu ;

« Considérant que, dans ces conditions, l'intervention du séquestre doit être écartée. »

L'arrêt rendu par la Cour d'appel de Paris est la première décision judiciaire rendue en application de la loi du 7 octobre 1940 qui a institué l'Ordre des médecins.

Il s'agissait de savoir si l'Ordre des médecins était en droit d'intervenir en appel dans une instance où un syndicat médical était intervenu en première instance pour demander l'allocation de dommages-intérêts contre des individus poursuivis, entre autres choses, pour exercice illégal de la médecine.

La question ne laissait pas d'inquiéter le Comité départemental, car les uns prétendaient que les syndicats médicaux en liquidation étaient en droit de poursuivre devant la juridiction d'appel les actions déjà intentées par eux ; d'autres assuraient que c'était l'administration des Domaines, séquestre des biens du syndicat dissous qui seule avait le droit de représenter des intérêts dont l'administration avait la charge, tandis que les Conseils de l'Ordre départementaux ne concevaient pas pourquoi, étant seuls chargés par la loi de veiller au respect des règlements, à la garde de l'honneur, de la morale et des intérêts de la profession, il ne leur était pas loisible de requérir la condamnation des personnes exerçant illégalement la médecine et d'obtenir des condamnations pécuniaires contre elles.

La Cour de Paris donne une solution au moins partielle à cette question.

Elle décide que l'administration des Domaines est irrecevable à intervenir en cause d'appel et que c'est l'Ordre des médecins qui a seule qualité pour suivre sur les instances engagées par le syndicat : en effet, l'Ordre des médecins est le continuateur légitime du syndicat dissous et en vertu de la loi il a recueilli dans son patrimoine tous les biens appartenant au syndicat parmi lesquels se trouve le bénéfice de l'appel interjeté contre le jugement entrepris.

Il résulte, en effet, de l'article 16 de la loi du 7 octobre 1940 qu'à partir de la promulgation de cette loi c'est le Conseil départemental qui a la mission d'assurer dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'Ordre et la gestion de ses biens, or l'article 17 ayant dissous les syndicats de médecins existants avait décidé que leur patrimoine serait dévolu aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département par les Conseils de l'Ordre au bénéfice des médecins et de leur famille ;

Par conséquent, le Conseil départemental était le continuateur légitime du syndicat dissous et il avait seul qualité pour défendre en justice les intérêts matériels et moraux de la profession médicale.

Mais la loi du 7 octobre avait institué une procédure de liquidation pour les syndicats dissous, elle avait prévu que les biens des syndicats seraient placés sous séquestre à la requête du ministère public, par ordonnance du président du Tribunal civil du ressort, et ces biens devaient être liquidés sans frais dans un délai de deux mois et transférés au Conseil départemental de l'Ordre.

L'administration des Domaines désignée comme séquestre avait donc une mission limitée et elle n'avait pas reçu de la loi celle de représenter le syndicat en justice, même pour suivre sur les instances déjà engagées.

Sa mission était limitée à la liquidation des biens et à leur transfert au Conseil départemental.

Il résulte donc du texte de la loi que seul le Conseil départemental est en droit de pourvoir à la défense et à la sauvegarde des intérêts matériels comme des intérêts moraux de la profession médicale.

C'est pourquoi la Cour a déclaré que l'intervention du séquestre était irrecevable.

De cet arrêt qui ne tranche que la question de savoir si le Conseil départemental peut intervenir en appel au lieu et place du syndicat dissous permet de présumer qu'il en est de même pour les instances actuellement pendantes en première instance et que, dans toutes les affaires où le syndicat des médecins a déposé plainte ou bien s'est porté partie civile, l'Ordre des médecins peut suivre sur la procédure engagée et intervenir directement comme étant le continuateur légitime de l'action du syndicat.

Cependant, l'arrêt de la Cour ne pouvait pas

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

trancher une autre question qui inquiète à juste titre les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Actuellement, les Conseils départementaux se trouvent désarmés à l'égard de ceux qui exercent la médecine sans diplôme, comme à l'égard de ceux qui exercent la médecine sans avoir été inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, c'est-à-dire sans y avoir été habilités par le Conseil.

A cet égard, la loi du 7 octobre 1940 est muette.

Or la loi du 30 novembre 1892 ne considère comme exerçant illégalement la médecine que les personnes qui prennent part habituellement ou par direction suivie aux traitements des maladies ou affections chirurgicales sans être munies du diplôme de docteur en médecine.

Et la loi de 1940 n'a pas modifié ce texte alors qu'il aurait fallu y ajouter un paragraphe pour étendre l'exercice illégal de la médecine à toute personne qui munie d'un diplôme régulier n'est pas inscrite au tableau de l'Ordre des médecins ou qui a fait l'objet d'une mesure de suspension ou de radiation.

Il en résulte que le Conseil départemental est désarmé à l'égard de ceux qu'il n'a pas habilités comme à l'égard de ceux qu'il a rayés ou suspendus.

D'autre part, l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 ne donne qu'aux associations de médecins régulièrement constituées et aux syndicats le droit de saisir les tribunaux par voie de citation directe ou de se porter partie civile dans les poursuites intentées par le ministère public en matière d'exercice illégal de la médecine. Il en résulte que, les textes pénaux étant de droit étroit, les Conseils départementaux n'ont pas qualité pour poursuivre devant les juridictions répressives la condamnation de ceux qui exercent illégalement la médecine.

En effet, on ne peut dire, comme dans l'espèce jugée par la Cour, que le Conseil départemental a reçu du syndicat dissous un droit à action, puisque l'action n'est pas intentée, et la loi du 7 octobre 1940 a omis de modifier les articles 13 et 17 de la loi de 1892 en substituant les Conseils de l'Ordre des médecins aux syndicats pour donner aux Conseils départementaux le droit de citer directement devant le Tribunal correctionnel les guérisseurs ou de se porter partie civile contre eux dans les poursuites intentées par le ministère public.

A cet égard, il serait donc nécessaire qu'une loi intervienne au plus tôt pour que les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins aient qualité pour remplir la mission qui était antérieurement dévolue aux syndicats dissous.

ADRIEN PEYTEL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1941.

Les stigmates de la syphilis occulte. — M. MILIAN. — L'une des grandes raisons de la divergence d'opinions des médecins sur la fréquence de la syphilis comme cause de maladies viscérales est l'existence de la *syphilis occulte.*

Il y a trois grandes causes de *syphilis occulte* : la *syphilis conceptionnelle*, la *syphilis héréditaire* où le nourrisson naît apparemment sain, la *syphilis acquise sans chancre.*

Il faut, avant de nier la syphilis chez un individu atteint d'une maladie quelconque, rechercher avec soin tous les stigmates de celle-ci : vitiligo, leucoplasie, abolition idiopathique des réflexes achilléens, la place du chancre encore rouge ou infiltrée après des années et accompagnée de l'adénopathie correspondante persistante.

A la bouche, les cicatrices radiées des commissures labiales, reliquat des fissures du nouveau-né, la cicatrice médiane de la lèvre.

A la langue, sur les bords latéraux, les cicatrices filiformes, en baïonnette, en étoile, en H, en Y, difficiles à voir sans essuyage de la langue ou même sans loupe.

Les ongles surtout, par leurs raies transversales ou leurs érosions ponctuées, sont pleinement révélateurs ; mais, pour qu'elles aient atteint toute leur valeur, il faut que le patient ne soit atteint d'aucune dermatose. Ces érosions disparaissent par le traitement antisyphilitique, mais il faut des mois et des années pour que les ongles ne présentent plus de récidive.

Ne pas oublier que les *réactions sérologiques* même partiellement positives ont une valeur absolue, si elles sont faites par un homme compétent. La réactivation ne doit pas être oubliée. Enfin, l'*enquête familiale* a une importance considérable.

Ce sont souvent les stigmates des enfants et leurs réactions sérologiques qui révèlent la syphilis des parents.

La pratique des sports et la sous-alimentation. — MM. TANON et R. DALIMIER montrent que les dépenses énergétiques des sports, en particulier des sports violents, sont énormes et nécessitent des rentrées alimentaires compensatrices.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Ils concluent qu'il est nécessaire de différer la pratique des sports violents et de lui substituer une organisation systématique du repos, avec exercice modéré pour assurer la carburation de la vie courante.

Un danger qui grandit : la tuberculose. — M. MOINE. — Depuis 1890, où la tuberculose était, semble-t-il, à son apogée, le taux de mortalité a rétrocédé à Paris de 68 p. 100 et, dans la France entière, de 44 p. 100, depuis 1913. Or, actuellement, cette heureuse évolution semble différée.

Des chiffres apportés par M. Moine montrent un accroissement de l'intensité bacillaire de 290 p. 100 considéré par rapport à 1938.

Cette progression est une réédition de ce qu'on a constaté en 1914-1918 dans de nombreux pays belligérants ou neutres et dont la cause fut attribuée à la *sous-alimentation prolongée.* Plus que jamais, l'enfant d'âge préscolaire, comme celui en cours de scolarité, est à surveiller attentivement.

Recherches sur le métabolisme du soufre des bactéries du groupe coli-typhique. — MM. A. SARTORY et J. MEYER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 août 1941.

Le traitement de l'ulcère de l'estomac par le benzoate de soude intraveineux. — M. P. BRODIN a repris l'étude du traitement de l'ulcère de l'estomac par le benzoate de soude intraveineux, préconisé en Espagne et en Italie. Il conclut à l'efficacité réelle et rapide de ce traitement vérifié radiologiquement et pense qu'il doit être tenté avant de recourir à une intervention chirurgicale, toujours sérieuse. Son échec doit faire penser à l'origine néoplasique des lésions observées.

M. BRULÉ estime que d'autres traitements, tels que l'injection d'extraits parathyroïdiens, suivie de douze injections intramusculaires d'histidine, donnent des résultats comparables et ont l'avantage d'être ambulatoires.

Sur un cas probable de syndrome neuro-œdémateux épidémique. — M. CHEVALLIER présente une jeune femme de vingt-neuf ans présentant de la céphalée, des œdèmes, un ictère passager avec leucopénie et neutropénie qu'il rattache à ce syndrome.

Étude biologique d'un cas de pellagre. — MM. M. LOEPER, A. VARAY, R. LESOBRE, M. LE SOURD et Mlle MAILLARD ont pratiqué l'étude biologique d'un cas de pellagre au triple point de vue de l'oxycarbonémie, de l'amidonicotinurie et de la coproporphyrinurie. L'oxycarbonémie, signalée dans le même cas par MM. M. Loeper et E. Chabrol, est revenue à la normale parallèlement à la guérison. L'amidonicotinurie, dosée par la méthode de Harris et Raymond, fut faible et au-dessous de la normale avant l'institution du traitement par la vitamine P-P, mais atteignit rapidement des chiffres très élevés et irréguliers. La coproporphyrinurie, dosée par la méthode de Harlay, resta très élevée d'une façon irrégulière, mais permanente. Tels sont les faits que la complexité de l'avitaminose P-P ne permet pas encore d'interpréter.

M. JUSTIN-BESANÇON pense que, de toutes les avitaminoses, l'avitaminose nicotinique est la plus facilement dissociée. Le dosage biochimique en particulier est fréquemment dissocié.

M. GOUGEROT souligne la fréquence des érythèmes pellagroïdes ; il est difficile de préciser la radiation lumineuse nocive.

M. JUSTIN-BESANÇON considère qu'on diagnostique plus facilement les avitaminoses frustes que les grandes avitaminoses.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 12 juin 1941.

Amyotrophie progressive du type scapulo-huméral avec ophtalmoplégie, troubles de la phonation et de la déglutition. — MM. F. THIÉBAUT, CH. PROVOST et M. KIPFER présentent un homme de vingt-trois ans qui a l'aspect d'un myopathique, du type scapulo-huméral, mais chez lequel on constate, en outre, une ophtalmoplégie extrinsèque bilatérale presque complète, sans altérations pupillaires, et quelques troubles de la déglutition et de la phonation. D'autre part, le début a été marqué, à l'âge de douze ou quinze ans, par un syndrome de céphalées et de vomissements, et l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle un certain degré de dissociation albumino-cytologique. Les auteurs discutent l'origine myopathique.

MM. J. LHERMITTE, ANDRÉ THOMAS signalent l'intérêt d'une biopsie dans des cas semblables.

Dégénérescence rétinienne et dégénérescence cérébrale associées. Contribution à l'étude des syndromes neurologiques congénitaux. — MM. F. THIÉBAUT et G. OFFRET présentent un malade chez lequel on constate, d'une part, un syndrome de rétinite pigmentaire sans pigment ; d'autre part, un syndrome d'hypotrophie morphologique, avec défaut de développement général, microcéphalie, malformations des orteils, et enfin un syndrome neuro-psychique qui est constitué par de la dysarthrie, de la contracture intentionnelle et de la débilité mentale. Ce syndrome est à classer parmi les syndromes neurologiques congénitaux.

Coexistence d'une paralysie de la troisième paire gauche et d'une rétraction spasmodique de la paupière droite au cours d'un syndrome de Parinaud. — M. JEAN VOISIN a observé cette coexistence exceptionnelle chez un sujet hypertendu de cinquante-trois ans. Il y avait paralysie du regard et de la convergence, tant dans les mouvements volontaires que dans les mouvements automatico-réflexes. Les réactions oculo-vestibulaires étaient altérées : disparition du nystagmus rotatoire et du nystagmus vertical inférieur.

La rétraction spasmodique de la paupière supé-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

rieure droite entraînait un signe de Stellwag et un signe de de Graefe. La paralysie de la troisième paire gauche était totale, quoique le ptosis ne fût pas très accentué.

Lors de l'amélioration, il ne s'est pas installé de dissociation entre les mouvements volontaires et automatico-réflexes.

Méningite séreuse aiguë. Amaurose bilatérale d'apparition très rapide. Stase papillaire. Récupération visuelle totale après trépanation décompressive. Du mécanisme de cette cécité. — MM. MARCEL DAVID, JEAN VOISIN et M[lle] TOURNEVILLE rapportent l'observation d'une jeune fille de seize ans qui, au cours d'un syndrome d'hypertension intracranienne aiguë, non tumoral, avec stase papillaire, a présenté une cécité d'apparition presque immédiate, survenue en huit jours. La ponction ventriculaire et la trépanation décompressive ont montré qu'il s'agissait d'une méningite séreuse et ont permis d'obtenir une guérison rapide et totale de la cécité. Cette association d'une cécité très rapide et d'une stase papillaire, au cours d'un syndrome d'hypertension intracranienne non tumoral et très vraisemblablement d'origine inflammatoire, pose un intéressant problème pathogénique. D'après les auteurs, on doit invoquer une pathogénie mixte, à la fois infectieuse et mécanique. Il est probable que l'infection qui a donné naissance à la méningite séreuse a également déterminé une névrite optique aiguë. Et si, dans le mécanisme de la production de la cécité, on doit attacher une grosse importance à l'inflammation du nerf optique, on ne doit pas négliger l'action exercée sur celui-ci et sur sa gaine par l'épanchement séreux qui distend le confluent antérieur. La suppression du facteur mécanique, obtenue par la décompressive, en libérant les nerfs optiques et en permettant aux médicaments de les atteindre plus facilement et plus rapidement, a accéléré sans doute la guérison.

Déficits optico-gnosiques, optico-praxiques et optico-psychiques par ramollissement étendu de l'artère cérébrale postérieure gauche. — MM. P. MOLLARET, RENÉ BÉNARD et R. PLUVINAGE présentent l'observation d'un malade qui doit être rapproché des cas relatés par MM. Lhermitte et Mouzon à la séance précédente. Le syndrome d'apracto-gnosie visuelle est ici plus complet, quoique moins pur et moins dissocié. On constate, en effet, une légère hémiplégie droite, avec hémi-asynergie, et une hémianopsie droite complète qui respecte la macula ; enfin, un certain degré d'aphasie de Wernicke. D'autre part, l'écriture est disséminée en tous sens ; la perte de l'identification des couleurs, l'agnosie géométrique, l'apraxie cons-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

tructive, la « simultanagnosie », la paralysie psychique du regard sont manifestes ; il s'y joint des troubles de la représentation spatiale, des troubles de l'image corporelle ; le malade croyait n'avoir plus ses oreilles.

Il s'agit assurément d'une lésion étendue du territoire cérébral postérieur gauche, qui empiète peut-être sur le corps calleux. Le syndrome ne s'est d'ailleurs réalisé qu'après deux ictus successifs.

Renseignements fournis par l'électro-encéphalographie dans l'épilepsie. — M. A. PLICHET rappelle qu'avec MM. Pagniez et Liberson, depuis 1937, il a pu examiner, à l'aide de cette méthode, cinquante épileptiques. De l'ensemble de toutes leurs recherches, on peut dégager que deux ordres de phénomènes sont observés sur les électro-encéphalogrammes des épileptiques : 1° des phénomènes électriques transitoires paroxystiques ; 2° des manifestations permanentes du rythme α.

Les phénomènes paroxystiques, de formes diverses, doivent faire porter le diagnostic d'épilepsie quand ils existent sur un électro-encéphalogramme.

Les manifestations permanentes consistent en un ralentissement du rythme α. Il existe une certaine corrélation entre la lenteur des ondes et la gravité de la maladie. Les malades qui offrent des ondes ralenties présentent, pour la plupart, les crises les plus fréquentes, les plus violentes, les plus rebelles au traitement. Au contraire, les malades dont les électro-encéphalogrammes sont exempts d'ondes ralenties présentent des manifestations cliniques moins violentes, moins fréquentes, et bénéficient davantage de la thérapeutique sédative, aussi bien pour le grand mal que pour le petit mal.

Cette nouvelle méthode de recherches contribue donc au diagnostic et peut présenter un intérêt pronostique.

Sur un syndrome cérébelleux pur suivi de myoclonies rythmées oculo-palato-glosso-laryngées. — MM. J. LHERMITTE, RIBADEAU-DUMAS et J. SIGWALD présentent un malade qui, en 1938, a été atteint d'un épisode infectieux aigu, accompagné de fièvre et de délire. Par la suite se développa un syndrome cérébelleux remarquablement pur, progressif et généralisé, avec phénomènes de passivité et hyperextensibilité des membres. Alors qu'il avait été suivi précédemment à la Salpêtrière, il n'a présenté qu'au bout de cinq ans des myoclonies vélo-pharyngées, rythmées à 148 par minute, qui s'étendent au larynx et aux globes oculaires.

(Suite page VII.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 12 juin 1941 (suite).

Affection dégénérative voisine de l'hérédo-ataxie cérébelleuse avec atteinte du neurone moteur périphérique. — MM. MARCEL LELONG, IVAN BERTRAND et JEAN LEREBOULLET présentent un second cas de cette curieuse affection dégénérative que caractérise l'association d'une dégénérescence des protoneurones moteurs et des protoneurones sensitivo-sensoriels. Ce cas, suivi pendant cinq ans, se caractérisait par un syndrome cérébelleux qui rappelait l'hérédo-ataxie cérébelleuse, mais aussi par l'association ultérieure d'une atrophie musculaire extensive, avec hyperréflectivité et troubles bulbaires, qui rappelait la sclérose latérale amyotrophique. Cette amyotrophie domina rapidement le tableau clinique.

Il existait, en outre, une choriorétinite pigmentaire et un syndrome vestibulaire très spécial, caractérisé par un blocage des yeux du côté de la secousse lente. L'étude anatomique montra une dégénérescence extrêmement étendue de la plupart des fibres longues, avec atteinte de tous les protoneurones sensitivo-sensoriels et oculo-moteurs au niveau du tronc cérébral, la voie motrice étant seule respectée. On constatait en outre, comme dans le premier cas observé par les auteurs, une dégénérescence du neurone moteur périphérique. Enfin, un troisième élément était constitué par une atrophie lamellaire du cervelet.

Les auteurs rapprochent ce cas des autres affections dégénératives décrites dans le groupe de l'hérédo-ataxie, et soulignent le caractère exceptionnel de l'association, au complexe dégénératif sensitivo-sensoriel observé dans ce groupe, d'une dégénérescence massive du neurone moteur périphérique.

A propos d'un cas d'hypertension artérielle à forme pseudo-tumorale. Étude anatomo-clinique et électro-encéphalographique. — MM. GEORGES GUILLAIN, IVAN BERTRAND et JEAN-E. GRUNER communiquent l'observation d'un syndrome pseudo-tumoral chez une femme de trente-huit ans atteinte d'hypertension artérielle. Troubles mentaux, apraxie, ataxie, abasie, catalepsie, associés à une stase papillaire, firent poser le diagnostic de tumeur du corps calleux et pratiquer une trépanation décompressive.

L'autopsie montra l'absence de tumeur, l'existence de grosses lésions vasculaires, de lacunes multiples dans la protubérance et dans les noyaux gris centraux, avec foyers nécrotiques et réaction microgliale disséminée.

L'électro-encéphalographie n'aida pas au diagnostic, car elle montrait des ondes lentes généralisées, malgré l'absence d'œdème cérébral, et la prédominance des lésions sous-corticales.

Paralysie du moteur oculaire commun par engagement du lobe temporal. — MM. ALAJOUANINE, THUREL et VILLEY rapportent l'observation d'une malade qui présentait un syndrome d'hypertension intracranienne et une paralysie du moteur oculaire commun droit : celle-ci n'était pas le fait de la tumeur elle-même (un méningiome de la partie externe de la petite aile du sphénoïde), mais de l'engagement du lobe temporal.

Il faut être prévenu de cette éventualité, sinon on risque de commettre une erreur de localisation, et de croire, par exemple, à une tumeur de la glande pinéale.

La discrimination ne peut être établie avec certitude que par la ventriculographie.

MM. ANDRÉ THOMAS, CHAVANY, DAVID rapportent des cas analogues de paralysie de la troisième paire par cône de pression temporal.

Note sur certains aspects de crises toniques au cours des traumatismes cranio-cérébraux récents et graves. — MM. RAYMOND GARCIN et JEAN GUILLAUME, analysant les divers aspects de crises toniques observés par eux au cours des traumatismes cranio-cérébraux, soulignent combien il peut être difficile de distinguer les crises toniques postérieures, révélatrices d'un blocage postérieur, de certaines crises d'épilepsie tonique qui cessent après évacuation d'un hématome extra- ou sous-dural. Le début unilatéral de la crise tonique, l'existence de crises d'épilepsie tonique partielle vibratoire entre les grandes crises, l'existence parfois d'un syndrome focal plaident en faveur de l'hématome. Les auteurs ont, par ailleurs, noté, dans ces traumas graves, la provocation de certaines crises toniques par mobilisation passive ou excitation cutanée des membres entre les paroxysmes spontanés. S'agit-il d'épilepsie provoquée ou de réactions réflexes réalisant l'attitude de rigidité décérébrée, réactions dont l'hyperkinésie réflexe de Claude est un équivalent mineur ?

Quoi qu'il en soit, en présence de crises toniques et avant d'envisager une opération d'Ody ou de conclure à des lésions graves du tronc cérébral, il convient en pratique de toujours s'assurer par des trous de trépan explorateurs que les hémisphères ne sont pas comprimés par un hématome, afin de ne pas laisser échapper le geste chirurgical utile.

J. MOUZON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 juillet 1941 (suite).

Étude de la diffusion dans l'organisme humain des solutions de rhodanate de sodium introduites par voie veineuse. — MM. R. CACHERA et P. BARBIER montrent que le rhodanate de sodium se distribue dans l'eau extracellulaire de l'organisme, mais avec une rapidité de diffusion variable chez les sujets normaux et encore plus à l'état pathologique. La concentration de cet anion demeure légèrement plus élevée dans le plasma que dans les sérosités. Il pénètre dans les hématies, où il semble se répartir sensiblement dans la même proportion que dans le plasma, compte tenu de la différence d'hydratation entre hématies et plasma.

L'équilibre de diffusion ne peut nullement être décelé par un prélèvement unique. Il est nécessaire

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

de construire la courbe de disparition du rhodanate du sérum, courbe que l'on peut extrapoler en toute sécurité.

Phénomène de Woods et azoïques sulfamidés, sulfoxydés et sulfonés. — M. C. Levaditi signale que l'acide *p*-aminobenzoïque exerce *in vivo* (infection streptococcique de la souris) à l'égard d'azoïques à fonction SO^2NH^2, SO et SO^2 une action empêchante incontestable, analogue à celle mise en évidence avec les sulfamides, les sulfones et les sulfoxydes correspondants ; ceci s'explique d'ailleurs facilement si l'on admet, avec Tréfouël et ses collaborateurs, que les azoïques agissent en libérant ces derniers corps par voie de scission.

L'involution du « Treponema pallidum » est-elle un phénomène intéressant l'ensemble de l'organisme contaminé ? — M. C. Levaditi signale que, chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente, le *Treponema pallidum* offre diverses phases d'un processus involutif plus ou moins intense dans plusieurs systèmes tissulaires. L'involution tréponémique ne semble donc pas un phénomène local, lié à l'état pathologique d'une lésion spécifique donnée, mais un processus général, très vraisemblablement lié à des particularités allergiques ou immunitaires intéressant l'ensemble de l'organisme.

Titrage du virus herpétique chez la souris. Survivance et immunité acquise. — M. C. Levaditi signale que, lorsqu'on inocule à une grande série de souris la même dose d'une dilution donnée de virus herpétique, survivance et intégrité pathologique ne sont pas équivalentes. En effet, un certain pourcentage des animaux qui survivent ont acquis une immunité spécifique coïncidant soit avec des lésions microscopiques légères du névraxe, soit avec des altérations chroniques, soit même avec une intégrité absolue de l'encéphale. Toute évaluation numérique des résultats en vue de la détermination des dilutions dites critiques (calcul du nombre des éléments actifs pour dose pathogène) devra tenir compte de ce facteur correctif.

Constance de la taille du virus rabique appréciée par l'ultra-filtration. — M. P. Lépine et Mlle V. Sautter, étudiant l'évolution du virus des rues, ont recherché par l'ultra-filtration la taille du virus sur une souche originaire de l'A. O. F. en voie de fixation, et l'ont trouvée égale à celle du virus fixe de Paris ; elle reste constante au cours des passages aboutissant à la fixation de la souche. Les différences de taille entre virus fixe et virus des rues qui ont été signalées sont dues à l'inégale virulence des souches comparées.

Corps de Paschen, vaccination et allergie vaccinale. — MM. P. Gastinel et R. Fasquelle étudient sur l'homme le pouvoir de vaccinogénèse des corpuscules élémentaires vaccinaux, pouvoir antérieurement bien établi sur le lapin par Levaditi. Les suspensions de corpuscules élémentaires obtenues en partant d'une culture de neuro-vaccin en chorio-allantoïde déterminent les réactions les plus valables de vaccine animale ou humaine.

L'emploi des corps de Paschen permet d'explorer l'état d'allergie en éliminant toute cause d'erreur liée aux éléments de la lymphe vis-à-vis desquels le sujet pourrait avoir acquis une réactivité particulière, ce qui prouve donc que le phénomène allergique est effectivement le témoignage d'une sensibilisation acquise à l'égard des seuls constituants du virus vaccin, réduit à sa forme la plus élémentaire actuellement connue.

Action du radon sur le virus vaccinal. Évaluation du diamètre des corpuscules. — MM. P. Bonet-Maury et R. Pérault ont vu le virus vaccinal, protégé contre l'action toxique du milieu irradié par une mince couche de substance cérébrale et soumis à l'action du rayonnement total du radon, perdre progressivement sa virulence. L'analyse de la courbe d'inactivation permet d'évaluer les dimensions des corpuscules vaccinaux. Le diamètre corrigé ainsi fourni est supérieur aux résultats de l'ultra-filtration et de l'irradiation par les rayons X de 0,56 Å, mais est en accord avec certains résultats de l'ultra-centrifugation.

Recherches sur le métabolisme d'une souche toxigène de bacille tétanique. — MM. G. Amoureux et J. Pochon, utilisant une digestion pepsique de muscle et de foie de cheval et une souche très toxigène, obtiennent une toxine tuant le cobaye de 350 grammes à la dose de 1 p. 150 000.

La détermination régulière de l'extrait sec, de l'azote total, de l'azote aminé et ammoniacal, des acides volatils, du pouvoir réducteur, leur a permis de suivre la transformation des substances azotées et carbonées du milieu au cours de la culture, à la température de 33°,5. La grande diminution de la valeur de l'extrait sec du milieu provient de l'attaque importante des substances carbonées et de leur transformation en produits gazeux.

Luminescence provoquée et perte de l'aptitude à la multiplication des entéro-bactériaceæ. — MM. J. Giuntini et Jean-C. Levaditi concluent, à propos du bacille paratyphique B et du bacille de Shiga, que, parmi les phénomènes de sénescence, l'instant où ces bactéries deviennent capables d'émettre une radiation secondaire visible aux rayons ultra-violets en présence d'un fluorochrome, précède l'instant où elles perdent la faculté de se diviser et, par conséquent, celui de leur mort.

La rapidité de l'allergie obtenue avec la vaccination antituberculeuse de l'adolescent par voie dermique et par voie intradermique. — MM. J. Troisier et P. Nico confirment qu'il est facile de conférer une allergie artificielle par une ou deux vaccinations successives. La méthode intradermique s'est révélée la plus rapidement efficace pour obtenir cette sensibilité allergique, seul test biologique de la prémunition antibacillaire dont nous disposions à l'heure présente.

F.-P. Merklen.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr J. Bouquier, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien assistant de l'hôpital maritime de Berck, chirurgien-chef de l'hôpital marin de Pen-Bron, qui, après avoir débuté à Hendaye, avait, pendant de longues années, rendu à Berck les plus grands services avant d'aller prendre la direction de Pen-Bron, où tous appréciaient son expérience et son dévouement. — Le Dr Eugène Debu, ancien chirurgien-chef de l'hôpital de Cambrai. — Le médecin-colonel Jules Mias, des Troupes coloniales. — Le Dr Paul Ducloux (de Sète). — Le Dr G. Constensoux (de Paris).

MARIAGES. — Le Dr Sacquépée, médecin-général inspecteur du cadre de réserve, commandeur de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine, et Madame font part du mariage de M. Jacques Sacquépée, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, leur fils, avec Mlle Jane Antoine ; et du mariage de Mlle Anne Sacquépée avec M. Jean Laroche. — Le Dr Henri Pignet avec Mlle Paule Giraud.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme J. Brunet font part de la naissance de leur fils Jacques. — Le Dr et Mme Jacques Odinet font part de la naissance de leur fils Bernard. — Le Dr et Mme Darmaillaq font part de la naissance de leur fils Jean-Jacques. — Le Dr et Mme Couette font part de la naissance de leur fille Marie-Claire. — Le Dr et Mme B. Léger font part de la naissance de leur fils Yves-Charles.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Merle est nommé directeur régional de la Famille et de la Santé à Poitiers.

Sont nommés médecins inspecteurs de la Santé :

M. le Dr Bapt (Haute-Vienne) ; M. le Dr Robin (Rhône); M. le Dr Tondre (territoire de Belfort).

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la Santé :

Mlle le Dr Aubert (Sarthe) ; Mlle le Dr Faure (Rhône) ; Mlle le Dr Lhez-Valats (Ardèche) ; M. le Dr Guibert (Gironde) ; M. le Dr Bigonnet (Var) ; M. le Dr Bohec (Seine-Inférieure) ; M. le Dr Gandar (Ardèche).

FACULTÉS

École de médecine et de pharmacie de Besançon. — CONCOURS. — Trois concours s'ouvriront le jeudi 2 octobre 1941, devant l'École de médecine de Besançon, pour la désignation des titulaires des postes suivants :

1° Professeur du cours de 1re année de l'École des sages-femmes de Besançon ;

2° Poste d'oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Dôle (Jura) ;

3° Poste de médecin suppléant de l'hôpital de Dôle.

Inscription avant le 30 septembre, au Secrétariat de l'École, 30, rue Mégevand, Besançon.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élèves internes en médecine vacantes le 15 avril 1942.** — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mardi 7 octobre 1941, à 9 heures, à la salle Wagram, 39, avenue de Wagram (métro : Étoile ou Ternes).

HOPITAUX DE BORDEAUX. — **Démonstrations pratiques sur la transfusion du sang, du 27 au 31 octobre 1941**, par le professeur JEANNENEY avec la collaboration de MM. les professeurs Andérodias, Aubertin, Cruchet, Damade, Fabre, Papin, Wangermez et de MM. les Drs Servantie, Castanet, Cator, Georget, Ringenbach.

Une série de démonstrations pratiques sur la transfusion du sang auront lieu du lundi 27 octobre au vendredi 31 octobre 1941 inclus, dans le service du professeur Jeanneney, aux nouvelles cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-André.

Ces démonstrations sont, en principe, ouvertes aux internes et aux externes (3e année), et à tous les médecins et étudiants que la question intéresse.

Les inscriptions sont reçues dans le service du professeur Jeanneney, à l'hôpital Saint-André.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Veyres, médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant, est affecté, à titre temporaire, à l'hôpital psychiatrique d'Alençon.

SANATORIA. — M. le Dr Mayer est nommé médecin-directeur du sanatorium de Roquefraîche (Vaucluse).

ARMÉE

MARINE. — Liste alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'école principale du Service de santé de la Marine (Épreuves orales à Toulon, le lundi 15 septembre 1941, à 9 heures.)

Ligne médicale. — MM. Aversenq, Baréty, Becker, Beretti, Bonduel, Bordaguibel, Boube, Bouchet, Bourdin, Braud, Brun, Bruzat, Caille, Camo, Carrère, Charpentier, Chauvin, Curcier, Diallo, Doré, Doucet, Drouin, Faucon, Fontayne, Franco, Francou, Gallien, Garrigue, Gaussen, Gélis, Grousset, Guicheney, Hameury, Hélaine, Iches, Jeulin, Journiac, Juhel Laborde, Lagrange, Lapalle, Laplane, Lasceve, Lecussan, Le Hénand, Liron, Malvezin, Marguet, Mazelaygue, Meunier, Micheau, Miletto, Mollaret, Navarrane, Parodi, Peuchot, Peyrot, Pin, Quillichini, Rey, Rimbaud, Rouam-Sim, Rouvière, Salles, Sandot, Saout, Sermet, Sirvain, Taillefer, Thébault, Torrini, Trucy, Usannaz-Joris, Valembois, Varache, Verne, Verron, Vœlkel.

Ligne pharmaceutique. — Candidats stagiaires : MM. Boureau, Le Pollès, Pont, Usannaz-Joris.

Candidat à quatre inscriptions : M. Acker.

Candidat à huit inscriptions : M. Lasjunies.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Le Dr F. Lobligeois, grand officier de la Légion d'honneur. — Tous les amis du Dr Félix Lobligeois, l'éminent radiologue de l'hôpital Bretonneau, vice-président du Conseil municipal, s'étaient émus en apprenant qu'une fois de plus, victime de sa longue activité professionnelle, il avait dû subir une douloureuse mutilation, l'amputation de son second bras. Ils avaient été satisfaits d'apprendre que cette opération n'avait eu aucune suite fâcheuse, et c'est avec joie qu'ils ont su que le maréchal Pétain avait chargé le général Mariaux, gouverneur des Invalides, de lui remettre la plaque de grand officier de la Légion d'honneur. Cette cérémonie, simple et émouvante, s'est déroulée en présence du Dr Serge Huard, secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, et de quelques autres personnalités, et M. Trochu, vice-président du Conseil municipal, a remis au Dr Lobligeois la lettre par laquelle le maréchal Pétain saluait l'héroïque effort poursuivi par notre confrère depuis de longues années et lui exprimait la gratitude de la nation et de

NOUVELLES *(Suite)*

son chef. Nous nous associons de tout cœur aux félicitations et aux vœux qui ont été adressés à notre vieil ami. P. L.

LÉGION D'HONNEUR. — Chevalier à titre posthume : M. le médecin-lieutenant de réserve François Erembert, du 103e R. I.

MÉDAILLE MILITAIRE. — A titre posthume : le médecin auxiliaire Bourmalo, du 21e R. I. ; le médecin auxiliaire Charet, du 623e rég. de pionniers sénégalais.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — Un décret paru dans le *Journal officiel* du 10 août 1941 ajoute la *psittacose humaine*, sous le n° 19, à la liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire.

Elle figurera sur le carnet des déclarations suivie des lettres C et T, comme devant donner lieu à la désinfection en cours de maladie et à la désinfection terminale.

Assurances Sociales. — Au cours de la 9e session, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a examiné les réclamations de certains membres du Corps médical à la suite d'un communiqué paru dans la presse, attribué au secrétaire d'État au Travail et au secrétaire d'État à la Famille et à la Santé : il s'agissait d'un prétendu accord du Conseil supérieur avec les Caisses d'assurances sociales pour la fixation de tarifs maxima.

Le Conseil supérieur donne les précisions suivantes : L'interprétation qui a été faite de ce communiqué n'est pas exacte. Il est bien entendu que la fixation d'un tarif maximum ne peut être établie que pour certains actes déterminés, pour un temps limité, sur l'initiative et avec l'accord des Conseils départementaux, qui sont, à cet égard, libres de leur décision.

Le Conseil supérieur profite de cette occasion pour mettre en garde le Corps médical contre la diffusion d'informations qui n'ont pas été vérifiées aux sources.

Il a poursuivi l'étude pratique de la mise sur pied du projet d'entr'aide et de prévoyance corporatives, dont on peut espérer maintenant la réalisation prochaine.

Il s'est attaché, en outre, entre autres questions, à l'étude de la mutualité et des assurances sociales dans leurs rapports avec la médecine.

Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé. — Sont nommés au cabinet du Secrétariat d'État :

Directeur du cabinet : M. Paul Haury, inspecteur général de l'enseignement secondaire.

Chef du cabinet : M. le Dr Louis-François Vidal, directeur régional de la Famille et de la Santé.

Chef adjoint du cabinet : M. le Dr Pierre Theil, inspecteur de la Santé.

Chef du secrétariat particulier : M. le Dr Louis Colleson, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy.

Chargé de mission : M. Georges Duvernoy, préfet honoraire, ancien secrétaire général de la préfecture de la Seine et du Protectorat du Maroc.

Médecine vétérinaire. — Le *Journal officiel* du 20 août 1941 publie la loi du 26 juillet, relative à l'exercice de la médecine vétérinaire. La loi précise les conditions dans lesquelles les élèves des écoles nationales vétérinaires, ayant trois années d'études, peuvent faire des remplacements de vétérinaires ou docteurs vétérinaires.

Cabinets médicaux détruits. — La reconstitution des cabinets médicaux et dentaires de toute nature détruits par actes de guerre est assurée sous la garantie du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, dans les conditions fixées ci-dessous :

L'allocation forfaitaire prévue par l'article 29, premier alinéa, de la loi du 11 octobre 1940, codifiée par celle du 12 juillet 1941, est fixée à 5 000 francs pour les spécialistes dont le mobilier professionnel et l'instrumentation courante ont été totalement détruits, en même temps que l'immeuble qui les contenait.

Cette somme est augmentée de 2 000 francs lorsque l'installation détruite comportait une salle d'attente.

Pour la reconstitution de l'appareillage particulier nécessaire à l'exercice de leur profession, les spécialistes, indépendamment des allocations forfaitaires prévues à l'article précédent, bénéficieront, conformément à l'article 39, deuxième alinéa, de la loi susvisée, de facilités d'emprunts auprès des organismes avec lesquels l'État aura passé des conventions à cet effet.

Le taux des emprunts contractés à ce titre sera au maximum de 4,5 p. 100 l'an, et leur durée ne pourra excéder six années.

L'attribution des allocations forfaitaires et l'octroi des emprunts prévus aux articles précédents sont subordonnés à l'agrément du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

En ce qui concerne les emprunts, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins en déterminera le montant pour chaque sinistré et sera tenu d'en garantir le remboursement, en principal, intérêts et accessoires.

Dans les cas prévus au troisième paragraphe de l'article 36 de la loi du 11 octobre 1940, codifiée par la loi du 12 juillet 1941, la ventilation du montant pour lequel étaient assurés les meubles meublants et objets ménagers entre les parties du logement affectées, d'une part, à l'habitation et, d'autre part, à l'exercice de la profession sera effectuée selon les mêmes principes que ceux retenus pour le logement considéré pour l'assiette du droit de patente.

Le Commissariat à la reconstruction immobilière est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Conseil supérieur de l'Ordre des médecins d'Algérie. — Par décret en date du 21 juin 1941, ont été nommés membres du Conseil supérieur : professeur Leblanc, d'Alger, *président* ; professeur Lebon Eugène, d'Alger ; Dr Oulié Gaston, de Constantine ; Dr du Vésian Jean, d'Oran ; Dr Dupuy d'Uly Pierre, d'Alger ; Dr Vogt Paul, de Marengo ; Dr Blanc Joseph, de Jemmapes ; Dr Tramini Joseph, de Mac-Mahon ; Dr Montero Lucien, de Hammam-bou-Hadjar ; Dr Boumalit Mohammed, d'Aïn-Beïda.

Instructions au sujet des prescriptions médicales. — En raison des circonstances actuelles, le secrétaire général de la Santé a prié le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins de porter à la connaissance du Corps médical les difficultés croissantes auxquelles se heurtent les fabricants de certaines spécialités pharmaceutiques pour effectuer leurs préparations, et notamment celles d'*extraits hépatiques anti-anémiques*. La nécessité de ne soustraire à l'alimentation qu'un minimum de foies limite considérablement la production de ces extraits.

Il est donc indiqué de « ne prescrire, d'une manière générale, les produits d'origine animale ayant une valeur alimentaire que dans les cas où l'indication thérapeutique en est formelle, afin que les malades auxquels ils sont indispensables soient assurés de toujours en trouver ».

D'autre part, le secrétaire d'État à la Production industrielle insiste sur la nécessité de limiter le débit de l'*insuline*. Les ordonnances devraient indiquer les besoins réels du malade pour un temps déterminé, une semaine au maximum.

(*Bull. de l'Ordre des médecins*, n° 3, 1941.)

NOUVELLES *(Suite)*

COURS ET CONFÉRENCES

Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1941 commencera le 3 octobre et sera terminée le 20 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les élèves subissent un examen en vue du diplôme de « médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — MM. Bouffard, L.-Ch. Brumpt, Coutelen, Darré, Desportes, Dopter, Lavier, Tanon.

Parasitologie. — M. E. Brumpt.

Bactériologie. — M. Gastinel.

Ophtalmologie. — M. Velter.

Hygiène et épidémiologie exotique. — MM. H. Benard, Bouffard, Langeron, Lemierre, Pozerski, Tanon.

Maladies cutanées. — M. Gougerot.

Chirurgie des pays chauds. — M. Lenormant.

Règlements sanitaires. — M. Tanon.

Chefs de travaux : M. le Dr Navarre, diagnostics bactériologiques.

M. le Dr Bonnet : technique bactériologique.

M. le Dr L.-Ch. Brumpt : parasitologie.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis et à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ;

3° Les docteurs étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ;

4° Les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 150 francs ; droits de laboratoires (parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 1 500 francs. Deux examens gratuits.

Le cours n'aura lieu que s'il y a un nombre minimum de 30 élèves.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

NOUVELLES DIVERSES

La Société de médecine de Paris rappelle que son ancien président, le Dr Félix Lobligeois, victime des rayons X, vient d'être amputé de son second bras, et se trouve actuellement hospitalisé à Marmottan. Il est merveilleux de courage et d'énergie, et donne à tous, en exemple, la beauté et la bonté de son caractère.

La Société de médecine de Paris fait un appel pressant à tous ses membres, ainsi qu'aux confrères et à tous ceux qui désireraient participer à la souscription devant constituer un grand prix d'honneur qui serait remis à M. Lobligeois, à la séance de rentrée, en octobre.

Prière de vouloir bien adresser le montant des participations au secrétaire général, Dr Bécart, 37 *bis*, boulevard Berthier, Paris (XVIIIe). Compte postal Paris, 687-16

AVIS

REVUE DES LIVRES

Troubles associés des globes oculaires d'origine vestibulaire, par A. Rouquier. (*Éditions Delmas, Bordeaux.*)

L'auteur divise son travail en deux parties : la première comprend l'étude des troubles des mouvements oculaires, conséquence d'une lésion de la fosse postérieure et de l'appareil périphérique ; la deuxième partie comprend l'étude de ces troubles, conséquence d'une lésion des centres vestibulaires supranucléaires et corticaux.

La première partie est une excellente mise au point des troubles vestibulaires dus à la lésion du neurone périphérique ; le syndrome est étudié à la fois dans son ensemble et selon ses localisations : appareil périphérique, nerf, bulbe, protubérance, cervelet.

La deuxième partie expose les faits jusqu'ici connus : notions anatomiques, syndrome quadrigéminopédonculaire, syndrome vestibulaire des parkinsoniens, puis l'auteur résume le syndrome vestibulaire du lobe frontal qu'il a particulièrement étudié et qui se traduit par une latéro-pulsion consciente du côté lésé, une déviation homolatérale de l'index en dehors et parfois en bas, une chute du membre inférieur en position de Mingazzini et Barri ; parfois se surajoutent quelques signes de parkinsonisme : roue dentée, réaction dysmyotonique ; aux épreuves, l'auteur insiste sur l'inclinaison et la chute du côté malade, quel que soit le sens de la rotation, ainsi que l'asymétrie des seuils en faveur du côté lésé à l'épreuve galvanique. Ce syndrome vestibulo-frontal de Rouquier mérite d'être étudié et observé par tous les neurologistes et les otologistes qui s'intéressent à l'oto-neurologie, car, si sa présence était confirmée dans tous les cas de lésions frontales, ce syndrome mériterait une place éminente dans la pathologie du lobe frontal et constituerait l'une des plus importantes acquisitions de la neurologie moderne.

M. Aubry.

REVUE DES LIVRES *(Suite)*

La puériculture éternelle, histoire médico-littéraire de la puériculture à travers les âges, par le Dr G Barraud, président du Conseil de l'Ordre des médecins de la Charente-Inférieure, préface de M. le professeur Marfan. Un vol. de 160 pages, 19 illustrations en hors-texte, 1941. (*Vigot frères, éditeurs.*)

Le petit volume du Dr Barraud groupe une série d'études sur la puériculture à travers les âges qui sont pleines d'intérêt et riches d'enseignements utiles. Il montre ce qu'était la médecine des femmes et des enfants chez les Égyptiens et sous le ciel de l'Hellade, ce qu'elle fut chez les Romains, au Moyen Age, à la Renaissance. Il rappelle combien lamentable était l'assistance aux enfants abandonnés avant saint Vincent de Paul, évoque l'œuvre de ce dernier au Grand Siècle, ce que devint la question des mères et des nourrices au XVIIIe siècle.

Cette série d'études variées, illustrée de documents iconographiques intéressants, se lit facilement avec plaisir et profit. On ne peut que souhaiter le succès de ce petit livre présenté par le professeur Marfan dans une préface où il souligne les réflexions salutaires que doit faire faire sa lecture à tous ceux qui s'occupent de l'enfant et de sa formation.

P. Lereboullet.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

THÉRAPEUTIQUE ACIDE DE LA PEAU

La thérapeutique dermatologique moderne doit tenir compte d'un certain nombre de notions récemment acquises, qui mettent une lumière nouvelle sur la physiologie de la peau.

Tous les auteurs (Unna, Marchionini, Darier, Tzanck, etc.) sont d'accord pour affirmer que la peau est acide. L'équilibre physico-chimique du colloïde épidermique s'établit à *p*H 5,2.

Cette acidité de la peau, qui doit être considérée comme le facteur essentiel de la kératinisation, forme un véritable « manteau acide » (Darier) qui la protège contre les influences extérieures et les bacilles pathogènes. Dès que cette acidité physiologique diminue, l'épiderme s'altère et ouvre la voie aux infections, aux dermatoses. La plupart des microbes et parasites pathogènes ne peuvent, en effet, exister qu'en milieu alcalin ou faiblement acide (staphylocoques *p*H 8,2-6,8 ; streptocoques *p*H 7-6,2, etc.).

Or, nous savons, depuis les expériences classiques de Metchnikoff, Hayem et Combe, que la fermentation lactique et la production d'acide lactique rendent les milieux défavorables aux phénomènes de putréfaction et à la production de substances toxiques. La présence de bacilles lactiques sur toute la surface malade, pénétrant dans les moindres replis et anfractuosités de la peau, donne à cette méthode anaseptique (désinfection par changement de milieu) une efficacité exceptionnelle. Elle doit être préférée aux antiseptiques, pour la plupart alcalins et antiphysiologiques.

D'autre part, la cellule qui lutte contre l'agent pathogène et qui doit assurer la cicatrisation a besoin d'un apport nutritif et hydrique complet : l'idéal semble en être réalisé par le sérum de lait. Enfin, l'activité biologique anti-infectieuse et cytophylactique des tissus doit être soutenue par les vitamines A et D.

La thérapeutique dermatologique doit donc être acidifiante, anaseptique, hydrique et tonique.

Ces conditions thérapeutiques trouvent leur réalisation pratique dans une pâte iso-acide de l'épiderme à *p*H 5,2, à base de lacto-sérum acidifié par fermentation lactique à 45 p. 100, de bacilles lactiques, d'huile de foie de flétan [*Lactacyd Lavril* (1)].

Toutes les affections dermatologiques microbiennes et à tendance alcalinisante bénéficient de cette nouvelle thérapeutique essentiellement physiologique. Parmi les plus fréquentes : eczéma (la peau est alcaline), psoriasis (déséquilibre acido-basique, absence de kératinisation), herpès du vagin (rétablir l'hyperacidité normale de l'organe), prurit anal et vulvaire (Darier : « Ne peut se calmer qu'en milieu acide »), toutes les pyodermites, impétigo (stérilisation par anasepsie), séborrhée et acné (par mauvaise évaporation des glandes sudoripares et sébacées), intertrigo (évaporation active des glandes sudoripares alcalines), dermites fessières des nourrissons (par fermentation ammoniacale alcaline), les érythèmes microbiens, les parasitoses (par anasepsie), crevasses de sujets manipulant des substances alcalines, les gelures, brûlures et radiodermites (caractérisées par une concentration des ions OH), ichtyoses (diminue l'été à cause de la transpiration active), ulcères, escarres (activation de la cicatrisation).

(1) Spécialité des Laboratoires Lavril.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

Diagnostic insuffisant.

Les questions de responsabilité en matière médicale sont extrêmement variées et, si on est à peu près d'accord sur les principes, il faut reconnaître que chaque espèce doit être examinée particulièrement, car c'est par les détails de l'examen qu'on peut induire la faute ou au contraire la parfaite conscience du praticien.

Nous ne reviendrons pas ici sur des principes que nous avons longuement étudiés.

Sans doute, nous ne sommes pas d'accord avec la jurisprudence de la Cour de cassation qui a établi par l'acte du 20 mai 1936 une sorte de responsabilité contractuelle, mais comme nous l'avons précisé déjà ce principe théorique n'a pas d'importance pour l'interprétation de la responsabilité, puisqu'en tous cas c'est au demandeur à prouver que le médecin n'a pas rempli ses obligations et qu'il a contrevenu aux règles consacrées de la pratique de son art, qu'il a commis des imprudences et des négligences révélant une méconnaissance certaine de son devoir.

Que, théoriquement, on appelle ces fautes des contraventions à une obligation contractuelle ou qu'on les dénomme, comme nous le prétendons, des quasi-délits, le fait est pour ainsi dire sans intérêt pratique, puisque c'est en définitive une faute du médecin qu'on recherche, une faute de droit commun qui est alors une faute légère ou une faute médicale qui n'engage la responsabilité du médecin que quand l'imprudence, l'inattention ou la négligence qui sont imputées au praticien « révèlent une méconnaissance certaine de ses devoirs ».

Ainsi dépouillé des discussions de doctrine, l'examen d'un procès médical se trouve théoriquement réduit à une interprétation des faits, et c'est ce que met lumineusement en valeur un arrêt rendu le 14 octobre 1940 par la première Chambre de la Cour d'appel de Paris (*Gaz. Pal.*, 11 novembre 1940).

Un soldat était victime le 26 août 1934 d'un accident de motocyclette, il était transporté à l'hôpital de Reims où il était soigné par un médecin pour plaie du tibia et lésion du genou gauche.

Le 4 octobre 1934, le soldat sortait de l'hôpital avec un raccourcissement de la jambe, il vint à Paris, se fit examiner et une radiographie de la hanche révéla une fracture de l'ischion avec luxation du haut de la tête fémorale.

Malgré la radiographie, le blessé refusa de se laisser opérer et n'y consentit que le 31 janvier 1935.

Cette opération le laissa infirme et il imputa au médecin de Reims l'incapacité permanente de 50 p. 100 dont il était atteint.

Après avoir été débouté par le tribunal de Reims, qui avait estimé que le médecin n'avait commis aucune faute lourde, le soldat fit appel, prétendant que son impotence était due à l'incurie et à l'erreur de diagnostic du premier médecin.

Devant la Cour, le soldat faisait plaider que, pendant les trente-neuf jours de son séjour à l'hôpital, le médecin de Reims n'avait pas à tort opéré la hanche et il lui reprochait soit de ne s'être pas rendu compte de la fracture de l'ischion, soit de n'être pas intervenu utilement alors qu'il devait le faire, soit enfin d'avoir omis d'utiliser les moyens de diagnostic mis à sa disposition par la radiographie, et l'appelant insistait sur ce point que la radiographie constituait dans son cas une précaution élémentaire et indispensable qui aurait nécessairement révélé la lésion dont venait tout le mal.

Enfin, on reprochait au chirurgien d'avoir laissé le soldat quitter l'hôpital alors qu'il n'était pas guéri et de l'avoir autorisé à marcher, ce qui avait aggravé les suites de la fracture initiale.

Ces arguments étaient appuyés notamment sur l'arrêt de Rouen qui en matière d'obstétrique avait jugé qu'un chirurgien commet une faute en opérant une femme d'un fibrome alors qu'elle est enceinte, parce qu'une radiographie aurait révélé l'état de la femme et aurait démontré qu'elle était enceinte.

Cet arrêt, dont nous avons discuté déjà le bien-fondé, ne paraissait pas en tout cas pouvoir s'appliquer ici.

Car, comme nous l'avons démontré, il s'agissait à la Cour de Rouen bien plus d'une question de fait que d'une question de principe et il était évident dans l'espèce que le moyen de prospection négligé aurait permis de définir exactement la cause du mal dont souffrait la cliente.

Dans l'espèce soumise à la Cour de Paris les juges ont eu la bonne idée de ne point vouloir généraliser un arrêt de circonstance

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

et ils ont recherché si l'erreur de diagnostic ou plutôt l'insuffisance du diagnostic révélait une négligence qu'un médecin normal ne pouvait commettre sans révéler ainsi sa méconnaissance des devoirs qui ne peuvent échapper à un médecin d'une compétence normale.

C'était donc une question de fait qui se posait devant la Cour, or il résultait des déclarations unanimes du personnel hospitalier qu'aucun signe clinique ne permettait de présumer une luxation de la hanche, le blessé avait été examiné avec le plus grand soin, la jambe gauche avait été radiographiée, le genou et le tibia avaient été l'objet des soins les plus assidus, sans doute aucune radiographie de la hanche n'avait été faite, mais la hanche gauche ne portait aucune contusion sérieuse, le blessé n'y localisait aucune souffrance sur laquelle il aurait appelé l'attention du médecin et si l'état de la hanche a échappé au personnel infirmier comme au médecin c'est qu'aucun signe clinique n'attirait l'attention du chirurgien sur ce point et qu'aucune plainte du blessé n'attirait l'attention de ce côté.

De ces faits révélés par l'enquête et l'expertise, il résultait que la lésion du genou, qui, elle, était établie par un examen radiographique, justifiait l'état du soldat et le traitement a été appliqué au genou et au tibia de la façon la plus normale.

(A suivre.) ADRIEN PEYTEL.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

COMMISSARIAT GÉNÉRAL AUX QUESTIONS JUIVES

Décret du 11 août 1941 réglementant, en ce qui concerne les juifs, la profession de médecin.

Médecins inscrits au tableau de l'Ordre. — ARTICLE PREMIER. — Le nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, admises à exercer la profession de médecin, ne peut dépasser, dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre des médecins, 2 p. 100 de l'effectif total des médecins non juifs inscrits au tableau.

Toutefois, le nombre des médecins juifs inscrits au tableau dressé par un Conseil de l'Ordre ne peut en aucun cas être supérieur à celui des médecins juifs qui, à la date du 25 juin 1940, étaient régulièrement inscrits, dans la circonscription de ce Conseil, sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892.

L'élimination des médecins juifs en exercice à la date de la publication du présent décret qui seront en surnombre sera prononcée dans les conditions prévues aux articles 7 et 8 ci-après.

Seront maintenus par priorité, même si leur nombre dépasse la proportion fixée au paragraphe 1er ci-dessus, les médecins en exercice avant la publication du présent décret qui satisfont à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, en faveur des anciens combattants et des victimes de la guerre.

Pourront également être maintenus ceux de ces médecins qui, sans satisfaire à aucune de ces conditions, seraient, à la demande d'un Conseil de l'Ordre, et sur la proposition du Commissaire général aux questions juives, désignés par arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, en raison du caractère éminent de leurs mérites professionnels.

ART. 2. — Si le nombre des médecins non juifs inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre vient à diminuer, la réduction corrélative du nombre des médecins juifs ne s'opérera que par voie d'extinction.

ART. 3. — Dans le délai d'un mois à compter de la publication du présent décret, tout médecin se trouvant à cette date au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 en fera la déclaration écrite au Conseil de l'Ordre de la circonscription où il exerce.

Toutefois, les médecins présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre ne souscriront cette déclaration que dans le délai de deux mois à compter de leur libération.

Le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé assurera la transmission des déclarations que les intéressés, en raison des difficultés de communication, ne pourraient faire parvenir au Conseil de l'Ordre de leur circonscription.

Le Conseil de l'Ordre accusera réception de cette déclaration et avisera le médecin inspecteur de la Santé.

ART. 4. — A défaut de déclaration dans les délais impartis, l'intéressé sera déféré au Conseil de son Ordre qui devra prononcer la radiation si le défaut de déclaration est volontaire.

Si le médecin est en surnombre, il cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

ART. 5. — Il sera dressé par les soins du médecin inspecteur de la Santé, dans le délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, trois états numériques et nominatifs établis ainsi qu'il est prévu ci-après.

Le premier comprendra tous les médecins non juifs exerçant dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre à la date de la publication du présent décret ; le second, les médecins juifs qui, dans la même circonscription, étaient régulièrement inscrits sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 ;

NOUVELLES PROFESSIONNELLES *(Suite)*

le troisième, les médecins juifs exerçant dans la même circonscription à la date du présent décret, en mentionnant à part ceux qui satisfont à l'une des conditions fixées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941.

Le premier et le troisième de ces états seront ensuite tenus à jour par le médecin inspecteur de la Santé.

ART. 6. — Si, par suite d'un fait postérieur à la publication du présent décret, un médecin vient à compter au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, il adressera, dans le délai d'un mois à compter de ce fait, au Conseil de l'Ordre, la déclaration prévue à l'article 3, sous les sanctions prévues à l'article 4.

La déclaration sera transmise au médecin inspecteur de la Santé.

Lorsque celui-ci aura constaté que le déclarant est en surnombre, et le lui aura fait notifier, l'intéressé cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

ART. 7. — A l'expiration du délai prévu à l'article 5, le médecin inspecteur de la Santé établira, d'après les renseignements qui lui seront parvenus à cette date, la liste des médecins à maintenir par application du paragraphe 4 de l'article 1er. Cette liste sera revisée au fur et à mesure que les justifications seront dûment produites, et notamment après que le médecin inspecteur de la Santé aura reçu les déclarations de ceux qui sont présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre.

La liste ainsi dressée ou revisée sera immédiatement notifiée par les soins du médecin inspecteur de la Santé au Conseil de l'Ordre et aux intéressés.

ART. 8. — Le Conseil de l'Ordre désignera, parmi ceux des médecins juifs qui ne sont pas portés sur la liste notifiée par le médecin inspecteur de la Santé, ceux qui devront cesser l'exercice de leur profession.

La décision du Conseil sera immédiatement notifiée aux intéressés, qui cesseront d'être portés au tableau dans le délai de deux mois après la notification.

Les décisions prises par le Conseil de l'Ordre des médecins, tant en vertu de l'article 4 ci-dessus que du présent article, sont susceptibles d'appel, dans le délai de quinze jours de leur notification, devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. L'appel peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la Santé. Il n'est pas suspensif.

ART. 9. — A moins qu'ils ne remplissent l'une des conditions spécifiées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, les médecins juifs ne pourront occuper :

1° Un poste rétribué par l'État, par une collectivité publique, par un établissement public ou par les caisses d'assurances sociales ;

2° Un poste dans un établissement ayant pour objet l'assistance médicale ou l'hygiène et tenant tout ou partie de ses ressources de fonds publics ou de fonds privés recueillis avec le concours des collectivités publiques.

Il devra être pourvu, dans un délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, sous le contrôle des Conseils de l'Ordre des médecins, au remplacement des médecins juifs qui occuperaient de tels postes.

Candidats à l'inscription au tableau. — ART. 10. — Tout candidat se trouvant au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 et sollicitant son admission au tableau devra, préalablement au dépôt de sa demande régulière, adresser au médecin inspecteur de la Santé une requête précisant sa situation au regard de ladite loi. Il lui en sera délivré récépissé.

ART. 11. — Le médecin inspecteur de la Santé vérifiera si la candidature n'excède pas les limites respectivement fixées aux paragraphes 1er et 2 de l'article 1er ci-dessus et peut, en conséquence, être agréée.

Le résultat de cette vérification sera, pour chaque candidature, notifié au Conseil de l'Ordre des médecins par le médecin inspecteur de la Santé dans le délai maximum de quinze jours, à compter du dépôt prévu à l'article précédent.

ART. 12. — Si la candidature excède les limites fixées aux paragraphes 1er et 2 de l'article 1er, le Conseil de l'Ordre, dans les trois jours de la notification, informera le postulant que sa demande n'est pas recevable.

Si la candidature n'excède pas ces limites, le Conseil de l'Ordre, dans le même délai, invitera le postulant à former une demande régulière d'inscription au tableau.

Si le nombre des candidatures excède celui des vacances ouvertes aux candidats juifs par l'effet des dispositions susvisées, le Conseil de l'Ordre les examinera simultanément et retiendra les candidats qu'il jugera les plus qualifiés.

Les décisions prises par le Conseil de l'Ordre en vertu du présent article sont susceptibles d'appel, dans les quinze jours de leur notification, devant le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. L'appel peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la Santé. Il n'est pas suspensif.

ART. 13. — Au cas où, la déclaration prévue à l'article 10 ci-dessus n'ayant pas été faite, le candidat aurait été irrégulièrement inscrit au tableau, il sera procédé à son égard conformément aux dispositions de l'article 4 ci-dessus.

ART. 14. — Le présent décret n'est pas applicable à l'Algérie, aux territoires relevant du Secrétariat d'État aux colonies, aux pays de protectorat, à la Syrie et au Liban.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1941.

Rapport. — M. GORIS, au nom de la Commission de remplacement, expose que les *coques de cacao* constituaient une matière première pour l'extraction de la théobromine et la fabrication de la caféine. Actuellement, elles sont utilisées pour la préparation de « petits déjeuners » de faible valeur nutritive. Elles renferment, d'autre part, des bases xanthiques (1 gramme p. 100) qui ne sont pas sans inconvénients pour les consommateurs. La Commission demande donc l'interdiction de la vente de ces coques, qui doivent être réservées à l'industrie pharmaceutique.

L'Académie adopte ces conclusions.

Le contrôle médical dans les accidents du travail. — M. BALTHAZARD apporte une communication très importante, qui fera certainement l'objet d'une discussion ultérieure. En voici les principaux passages :

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine a adressé, le 8 août 1941, une circulaire aux présidents des compagnies d'assurances contre les accidents du travail, dans laquelle on relève :

« Le Conseil de l'Ordre a décidé :

« 1° Que les médecins contrôleurs accidents du travail doivent être agréés par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins ;

« 2° Que les fonctions des médecins accidents du travail sont incompatibles avec celles d'experts en justice pour accidents du travail. »

M. Balthazard fait remarquer que l'incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant et celles d'expert est déjà visée par la loi du 9 avril 1898 (art. 17).

Quant au contrôle, il est organisé très nettement par l'article 4 de la loi.

Le choix du médecin ou des médecins de contrôle appartient au chef d'entreprise ou à l'assureur ; exiger l'agrément du Conseil de l'Ordre constitue donc une entrave inadmissible aux droits que la loi confère au chef d'entreprise ou à son assureur.

Les commentateurs de la loi, en particulier Henri Gazier, conseiller à la Cour de Cassation, précisent que le magistrat n'a pas à apprécier le choix du médecin contrôleur, qu'il ne peut refuser son visa que dans un seul cas : lorsque le choix porte sur une personne qui n'est pas autorisée à exercer la médecine en France. Les conseils des ordres départementaux n'ont pas à intervenir ; leur agrément à la désignation du médecin contrôleur n'est pas admis par la loi. En cherchant à l'imposer aussi bien aux chefs d'entreprise et aux assureurs qu'aux médecins, ils commettent un véritable abus de pouvoir.

« Si l'Ordre persiste à méconnaître les lois existantes, nous serions amenés, dit enfin M. Balthazard, à regretter l'action moralisatrice de l'Académie de médecine et la sollicitude pour nos intérêts de la Confédération des syndicats médicaux. »

A la suite de la communication de M. Balthazard, M. LAUBRY demande que les questions de l'importance de celle soulevée par l'orateur soient renvoyées à une commission.

L'Académie désigne pour en faire partie : MM. Laubry, Bezançon, Roussy, Milian, Tanon, Baudouin et Hartmann.

L'oxycarbonémie de la grossesse et du puerpérium. — MM. H. VIGNES, G. GLOMAUD et L. TRUFFERT, à l'instigation de M. Loeper, ont étudié l'oxycarbonémie pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Chez les femmes enceintes normales, l'oxycarbonémie est constante et les chiffres obtenus ont varié de 0,12 à 0,60 centimètre cube p. 100, avec une moyenne arithmétique de 0,25 pour l'ensemble, de 0,23 pour la grossesse, de 0,30 pour l'accouchement et de 0,26 pour les suites de couches. Des chiffres élevés ont été trouvés lors de la cessation de la lactation. Pour les éclamptiques, les chiffres ont varié de 0,24 à 0,68. Il y a lieu de faire un rapprochement entre cette oxycarbonémie endogène, d'une part, et, d'autre part, les perturbations du métabolisme glucidique (pendant la grossesse et, plus encore, pendant l'éclampsie) et, aussi, l'élévation de l'oxalémie.

Charbon pulmonaire et causes favorisantes. — MM. VELU, SOULIÉ et BELLOCQ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 septembre 1941.

Évolution de la nicotinamidémie et de l'excrétion urinaire de vitamine P-P au cours du traitement nicotinique de la pellagre. — MM. L. JUSTIN-BESANÇON et A. LWOFF ont constaté, chez une Parisienne atteinte de pellagre classique, que le taux urinaire de la vitamine nicotinique était devenu à peu près nul. L'injection sous-cutanée de 1 gramme d'amide nicotinique est suivie d'une ascension rapide de la nicotinamidémie, qui atteint son maximum en une demi-heure. Mais, par contre, pendant les premières vingt-quatre heures, l'organisme sevré de vitamine la conserve, et le taux urinaire reste très bas. Il se relève dès le deuxième jour du traitement aux mêmes doses quotidiennes (1 gramme d'amide nicotinique).

Mais huit jours après, la fin du traitement ayant nécessité 8 grammes d'amide nicotinique, l'élimination urinaire de la vitamine P-P reste très supérieure à la normale, ce qui prouve que la saturation du sujet a bien été réalisée.

Le facteur racial dans la glycémie. — M. J. MILLOT montre que la tolérance aux hydrates de carbone varie, dans une certaine mesure, en fonction de la race, cela vraisemblablement du fait d'une régulation endocrinienne différente. La race n'étant qu'un aspect de la constitution héréditaire, le rôle de plus en plus important que l'on reconnaît à l'hérédité dans l'étiologie du diabète s'accorde complètement avec l'intervention d'un élément racial dans la maladie.

JEAN LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 mai 1941.

Éloge posthume du Dr Barbier. — M. PAISSEAU.

Brachyœsophage chez un nourrisson. — M. A. ROSSIER présente un nourrisson de deux mois chez lequel l'importance des vomissements avait tout d'abord fait penser à une sténose du pylore, mais l'aspect caractéristique des signes radiologiques, identiques à ceux qu'ont bien décrits MM. Lelong, Aimé et Aubin, permit de porter le diagnostic de brachyœsophage.

L'auteur insiste sur l'efficacité remarquable de la position verticale pour le traitement des vomissements que provoque cette malformation congénitale.

M. CL. LAUNAY pose la question de l'avenir des enfants atteints de brachyœsophage à propos d'un garçon de dix ans qu'il a eu l'occasion d'observer récemment ; cet enfant, qui présente à l'examen radiologique une poche hydro-aérique à droite du cœur, a eu des vomissements très importants au cours des premiers mois de la première année de sa vie. Ils se sont atténués par la suite, mais à cinq ans, puis à huit ans, sont survenus, la première fois des vomissements sanglants suivis d'une anémie importante, la seconde fois, du mélœna suivi également d'une anémie accusée.

Le brachyœsophage ne reste donc pas toujours latent après la première année et peut se manifester par des complications hémorragiques avec anémie consécutive.

M. LEREBOULLET insiste sur la guérison très rapide des vomissements sous l'influence de la position orthostatique.

Paralysie générale infantile, paralysie générale et tabes juvéniles. — MM. HEUYER, HUREZ et COMBES présentent deux filles. La première est une enfant de treize ans qui, depuis l'âge de onze ans, a eu un rendement scolaire de plus en plus diminué avec niveau mental actuellement inférieur à celui de six ans et apparition d'un état démentiel avec dysarthrie et troubles pupillaires ; les réactions spécifiques sont positives dans le liquide céphalo-rachidien, négatives dans le sang. Il n'a pas été possible de préciser l'origine de la syphilis héréditaire.

La seconde fille, âgée de dix-huit ans, a des troubles psychiques depuis l'âge de quatorze ans où fut porté le diagnostic de tabes ; le niveau mental est celui de huit ans ; il existe un état démentiel net, de la dysarthrie, des signes de tabes ; les réactions spéci-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

fiques sont positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. La mère a un signe d'Argyll-Robertson.

Chez les deux enfants, il s'agit de démence simple sans délire, ainsi qu'il arrive toujours chez l'enfant (loi de l'âge). Toutes deux ont été traitées par l'impaludation, sans résultat appréciable jusqu'à maintenant ; elles sont actuellement en cours de traitement par le stovarsol.

M. LESNÉ a eu l'occasion de voir la seconde de ces enfants en 1938 et de prescrire un traitement antisyphilitique ; malgré cela, est apparue ultérieurement la paralysie générale.

Syndrome de Ménière chez un enfant de douze ans, section intracranienne du nerf auditif, guérison depuis trois ans. — MM. MARCEL OMBRÉDANNE et M. AUBRY présentent leur premier cas de section intracranienne du nerf auditif chez l'enfant. Il s'agit d'un garçon atteint de syndrome de Ménière depuis l'âge de six ans : grandes crises vertigineuses de type rotatoire, avec nausées et vomissements, surdité labyrinthique de l'oreille gauche sans bourdonnements, céphalée frontale pendant les crises, puis dans l'intervalle des crises. L'examen clinique permit de poser le diagnostic de syndrome de Ménière de type tronculaire en raison de l'existence de troubles vestibulaires spontanés particuliers : nystagmus, adiadococinésie gauche, troubles de l'épreuve de Romberg et de la marche aveugle vers la gauche ; l'audiogramme et les épreuves labyrinthiques montraient une paralysie cochléo-vestibulaire gauche.

Devant l'échec de tous les traitements médicaux essayés en six ans et, en particulier, du traitement spécifique, et devant l'aggravation progressive des crises ménièriques devenues journalières, l'intervention fut décidée et pratiquée : trépanation occipitale unilatérale de petites dimensions ; découverte d'une grosse arachnoïdite à la fois kystique et adhésive ; ouverture et dilacération des kystes de la grande citerne et du lac ponto-cérébelleux ; résection de la trame arachnoïdienne très dense entourant le nerf auditif gauche ; section du nerf auditif.

Depuis l'intervention, faite i ly a trois ans, et dont les suites furent remarquablement bénignes, la guérison a été obtenue : vertiges, céphalée, vomissements, déséquilibre et troubles de la marche ont totalement disparu.

Les auteurs insistent sur l'importance d'un diagnostic et d'une intervention précoces pour obtenir une *restituo ad integrum* aussi complète que dans leur observation.

(Suite page VII.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 mai 1941 (suite).

A propos du procès-verbal. — MM. Armand-Delille et Lestocquoy montrent l'intérêt que présentent pour le dépistage de la tuberculose dans les collectivités (écoles notamment) les radiographies faites sur tout petits films et examinées ensuite en projections. Quatre-vingts clichés peuvent être faits à l'heure, chacun d'eux ayant un prix de revient de un franc seulement. La méthode est actuellement employée dans certains camps de prisonniers.

Chancre tuberculeux de la vulve chez une enfant de douze ans. — MM. Levesque, Degos, Perrot et Mme Joussemet rapportent l'observation d'une enfant qui leur fut amenée pour plusieurs ulcérations vulvaires avec rougeur diffuse assez étendue et semis de granulations très particulières, le tout accompagné d'une adénite inguinale bilatérale importante. La ponction d'un ganglion montra la présence de nombreux bacilles de Koch, la cuti-réaction tuberculinique était phlycténulaire ; la biopsie confirma la nature tuberculeuse de la lésion vulvaire. Le mode de contamination est resté inconnu.

Le traitement du pied convexe valgus congénital. — M. Leveuf présente un enfant atteint de cette malformation congénitale complexe : déviation de l'astragale, long et vertical, qui vient s'interposer entre l'arrière-pied en position d'équinisme et l'avant-pied en position de talus valgus, d'où semelle plantaire convexe. La déformation est d'emblée irréductible.

Dans le cas particulier, chaque pied a été opéré en deux temps : tout d'abord correction de l'avant-pied par allongement des tendons péroniers latéraux ; allongement de l'extenseur propre du gros orteil ; section de l'extenseur commun des orteils transplanté ensuite sur le bord interne du pied ; ensuite, correction osseuse au niveau de la médio-tarsienne consistant en une résection de la tête et du col de l'astragale. Au niveau de l'arrière-pied, il n'a été fait qu'une simple correction de l'équinisme par allongement du tendon d'Achille.

Le résultat obtenu est satisfaisant aux deux pieds.

Nœvi plans étendus à la moitié du corps avec allongement du membre inférieur correspondant. — M. Lance présente un enfant de treize ans dont les symptômes se rapprochent de ceux du syndrome décrit en 1900 par Klippel et Trénaunay, sous le nom de nœvus variqueux hypertrophique, mais, dans le cas présent, il n'y a pas de varices, et d'autre part l'hypertrophie ne porte que sur le squelette, les parties molles étant indemnes.

Les observations publiées montrent que le syndrome est assez souvent dissocié et incomplet comme chez l'enfant présenté.

Dacryocystite tuberculeuse primitive. — MM. R. Clément, M.-A. Dollfus et Mlle Provendier présentent deux enfants, âgés de trois ans et demi et dix ans, porteurs d'une dacryocystite chronique fistulisée et infiltrée que la biopsie a montrée histologiquement et bactériologiquement tuberculeuse La lésion du sac lacrymal s'accompagne d'une adénite sous-maxillaire du même côté, à évolution froide, dans le pus de laquelle on a également trouvé des bacilles de Koch.

La cutiréaction, négative auparavant, est devenue fortement positive ; il n'y a pas d'autres localisations de la tuberculose.

On peut considérer la lésion dacryocystique dans ces deux cas comme le point de pénétration du virus tuberculeux dans l'organisme, peut-être à la faveur d'une lésion inflammatoire banale.

Séance du 8 juillet 1941.

Dépistage systématique de la tuberculose au moyen de photographies de l'écran fluorescent. — MM. Gilson et R. Lamy montrent l'intérêt pratique de cette méthode de dépistage de la tuberculose qui permet de faire 150 radio-photos à l'heure ; ces photographies, très lisibles et d'un prix de revient relativement peu élevé, constituent des documents restant entre les mains du médecin, ce qui est indispensable pour comparer les résultats d'examens successifs.

Dysplasie cléido-cranienne. — MM. Paisseau, Patey et Plas présentent une fillette de six ans atteinte de cette malformation.

Pigmentation cutanée généralisée secondaire à une rougeole, tuberculose des ganglions mésentériques sans lésions des surrénales. — M. Lesné et Mlle Ronget rapportent l'observation d'une enfant de sept ans qui, à la suite d'une rougeole survenue au cours de l'évolution d'une broncho-pneumonie tuberculeuse gauche, présenta une mélanodermie en placards s'appliquant exactement sur les placards éruptifs de la rougeole. La mort survint peu après du fait d'une méningite tuberculeuse.

L'autopsie permit de constater l'existence de nombreux et volumineux ganglions tuberculeux au voisinage du bord supérieur du pancréas, englobant le plexus solaire ; les examens histologiques ont montré l'absence de lésions des surrénales.

Il semble donc que la mélanodermie, dont le facteur révélateur fut la rougeole, ait été la conséquence de l'action des ganglions mésentériques sur le plexus solaire.

Un cas de dolichosténomélie fruste. — M. Rœderer rapporte l'observation d'une fillette de treize ans et demi mesurant 1m,67 de taille et 1m,76 d'envergure. Les membres ont les caractères habituels de l'arachnodactylie, avec doigts maintenus en flexion légère et pieds plats ; mais il existe une anomalie non signalée jusqu'à maintenant : les ongles font totalement défaut aux pieds et ne sont représentés aux mains que par de simples rudiments sur des doigts hippocratiques. Il existe en outre un double *hallux valgus* congénital très accentué et un rétrécissement mitral ; il n'y a, par contre, aucun symptôme oculaire.

(A suivre.)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Eugène Potié (de Vieux-Berquin). — Le Dr Ch. Mondain, officier de la Légion d'honneur, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan, ancien président de la Société française d'homéopathie, vice-président de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres. — Le Dr Henri Mayet, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Le professeur Jean Demoor, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Le Dr Brindel (de Bordeaux). — Le Dr Raoul Anthony, professeur d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle. — Le Dr Paul Ducloux (de Sète).

FIANÇAILLES. — Le Dr et Mme Charles Richet ont le plaisir d'annoncer les fiançailles de leur fils, Gabriel Richet, interne des hôpitaux, avec Mlle Monique Le Chatelier. — Le Dr Jean-Marie Bert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et Mlle Magali Siegler. — Mlle Françoise Meunier, fille du Dr Henri Meunier (de Pau), et M. Louis Desouches.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Seringe font part de la naissance de leur fils Dominique.

Le Dr et Mme Maury font part de la naissance de leur fils Alain.

SANTÉ PUBLIQUE

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ. — M. le Dr Léon Aublant, inspecteur général de la Santé, est nommé secrétaire général de la Santé.

FAMILLE ET SANTÉ. — Sont nommés directeurs régionaux de la Famille et de la Santé : M. le Dr Schneider (résidence à Châlons-sur-Marne) ; M. le Dr Triollet (résidence à Nantes).

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Sont nommés médecins inspecteurs de la Santé :

M. le Dr Le Birbis (Gironde) ; M. le Dr Cuvier (Landes) ; M. le Dr Depierris (Cher) ; M. le Dr Freyche (Gironde).

FACULTÉS

RECTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — M. Gilbert Gidel, professeur à la Faculté de droit de Paris, est nommé recteur de l'Université de Paris, en remplacement de M. Mauriu, atteint par la limite d'âge.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Travaux pratiques supplémentaires de pharmacologie.** — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 6 *octobre* 1941, à 13 h. 45.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants récemment démobilisés dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être accomplis. Cette catégorie d'étudiants n'aura aucun droit supplémentaire d'inscription à verser.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants dont les T. P. réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque et ceux qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie. Pour ces derniers, le droit d'inscription est fixé à 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4), les jeudis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Travaux pratiques supplémentaires d'histologie. Octobre 1941. — Deux séries de travaux pratiques supplémentaires :

a. Pour la première année ;

b. Pour la deuxième année (avec revision du programme de première année) ;

auront lieu chaque jour, de 14 à 16 heures, à partir du jeudi 2 octobre 1941.

Y seront admis :

1° Les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés qui désirent faire une revision de ces travaux pratiques ;

2° Les étudiants n'ayant pas leurs travaux pratiques validés par suite d'absences justifiées ou de maladie.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AIX-MARSEILLE. — M. Moiroud, agrégé à la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à cette Faculté.

M. Malmejac, professeur sans chaire, est nommé professeur de physiologie (dernier titulaire de la chaire : M. Cotte, admis à la retraite).

M. Jayle, agrégé, est nommé professeur de clinique ophtalmologique (dernier titulaire de la chaire : M. Aubaret, admis à la retraite).

M. Poinso, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique (dernier titulaire de la chaire : M. Gaujoux, admis à la retraite).

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Sarrouy, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique médicale et d'hygiène infantile.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Garin, agrégé, est nommé professeur de parasitologie.

M. Dufourt, agrégé, est nommé professeur de clinique de prophylaxie de la tuberculose.

M. Gaté, agrégé, est nommé professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Watrin, professeur d'anatomie pathologique, est transféré dans la chaire de dermatologie et syphiligraphie.

M. Drouet, professeur de thérapeutique, est transféré dans la chaire de clinique médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Caujolle, agrégé, est nommé professeur de pharmacie.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Répartition dans les services hospitaliers de MM. les Élèves internes en pharmacie pour l'année 1941-1942 et de MM. les Élèves internes en médecine pour le deuxième semestre de l'année 1941-1942.** — MM. les Élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres (salle des consultations de spécialités), à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1941-1942, savoir :

Internes entrant effectivement en 4e, 3e et 2e année, le mardi 30 septembre 1941, à 15 heures ;

Internes entrant effectivement en 1re année, le mercredi 1er octobre 1941, à 15 heures.

MM. les Élèves internes en médecine actuellement en fonctions et sans place pour le second semestre, les internes en médecine titularisés et les externes en premier sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres (salle des consultations de spécialités), à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour le deuxième semestre de l'année 1941-1942, savoir :

Internes en médecine, le lundi 20 octobre 1941, à 15 heures ;

Internes en médecine titularisés, le mardi 21 octobre 1941, à 15 heures ;

Externes en premier, le mardi 21 octobre 1941, à 16 heures.

N. B. — MM. les Élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Répartition des internes en médecine. — Les internes en médecine n'ayant pas de place retenue pour le deuxième semestre 1941-1942 (1er novembre 1941 au 1er mai 1942) sont informés que des séances de répartition auront lieu le lundi 20 octobre 1941, à 15 heures, et le mardi 21 octobre, à 15 heures, à l'hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres (salle des consultations de spécialité) (voir affiche).

Ils devront, pour être admis à prendre part à ces séances, demander leur inscription sur la liste des internes admis à choisir une place ; ces inscriptions seront reçues au Bureau du Service de Santé, entre le 29 septembre et le

NOUVELLES *(Suite)*

4 octobre inclus, de 15 heures à 17 heures (samedi et dimanche exceptés).

Les internes qui désireraient changer de service le 1er novembre prochain devront déposer à cet effet, au Service de Santé, *avant le 5 octobre dernier délai*, un certificat attestant qu'ils sont autorisés à quitter le chef de service auquel ils sont actuellement attachés. Leur admission à la séance de répartition des 20 et 21 octobre 1941 est subordonnée à l'accomplissement de cette formalité.

La date des mutations des internes pour le 2e semestre est fixée au lundi 3 novembre 1941.

Jury du concours d'aide d'anatomie. — MM. les Drs Braine, Wilmoth, Mouchet (Alain), Flandin.

Jury du concours de l'Internat en médecine. — *Concours d'admissibilité* (*dans l'ordre du tirage au sort*). — MM. les Drs Launay (Clément), Leuègre, Hautant, Sureau, Redon, Gueullette, Gaudy, Decourt, Renaud (Maurice), Bauzet, Guimbellot, Brocq.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — Mme le Dr Leconte est nommée médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Rouen. — M. le Dr Moutassut est nommé médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

SANATORIA. — M. le Dr Warnery est nommé médecin-directeur du sanatorium Nouvielle (Landes).

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (*Réserve*). — Le médecin-général inspecteur Cadiot, le médecin-général inspecteur Gay-Bonnet, le médecin-général Palaquin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société française de gynécologie. — La séance de rentrée de la Société française de gynécologie aura lieu le lundi 13 octobre, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine, salle Pasteur.

Deux sujets sont à l'ordre du jour : la sulfamidothérapie en gynécologie, et les sports chez la jeune fille et la femme, leur choix, leurs limites.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Officiers :* M. André Morice, médecin major de 2e classe au 24e régiment d'artillerie. — M. R. Ott, médecin-commandant.

Chevaliers : M. François-Eric-René Mauvais, médecin-capitaine (Maroc). — M. Georges-Marcel-Joseph Fromaget, médecin-lieutenant (à titre posthume). — M. Jandot dit Danjou, médecin-lieutenant. — Le Dr Jean Sallet, médecin-lieutenant au 106e régiment d'artillerie.

MÉDAILLE DES BELLES ACTIONS. — Des médailles d'honneur sont accordées aux personnes dont les noms suivent et qui ont accompli des actes de courage et de dévouement.

Vermeil. — MM. les Drs Carlier et Lefebvre, de Dunkerque ; Flouquet, de Malo-les-Bains ; Deswarte, de Rosendael.

Argent, 2e classe. — MM. les Drs Cornette, de Ghyvelde ; Debil, de Rosendael.

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision (*extraites du* Journal officiel). — Abréviations. A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

28e *R. T. tun.* — Méd. aux. Poisot, R.

4e *R. T. mar.* — Méd.-cap. Gonnet, R ; dent.-lieut. Didier, A, CA, CA ; méd.-lieut. Madon B, B ; méd.-lieut. Leclerc, B, B ; méd.-cap. Foures, R ; pharm.-lieut. Nivaud, R ; méd. aux. Rigal, R.

6e *R. T. Mar.* — Méd.-lieut. Javel, R.

3e *demi-brigade de chasseurs.* — Méd.-cap. Petchot-Bacque, D, A.

4e *demi-brigade de chasseurs.* — Méd.-cap. Durand, D ; pharm.-lieut. Stouvenel, D.

7e *demi-brigade de chasseurs.* — Méd.-cap. Crispen, D.

16e *demi-brigade alp. de fort.* — Méd.-lieut. Barrau, CA ; méd.-lieut. Lioret, R ; méd.-lieut. Mijoule, R.

173e *demi-brigade d'inf. alp.* — Méd.-lieut. Amante, D.

70e *Bat. alp. fort.* — Méd. aux. Jarniou, R.

71e *Bat. alp. fort.* — Méd.-s.-lieut. Deplan, R, R ; méd. aux. Laflaquière, D ; méd. aux. Barthélemy, R.

76e *Bat. alp. fort.* — Méd. aux. Heutematte, CA.

80e *Bat. alp. fort.* — Méd. aux. Bataille, R ; méd.-lieut. Gasca, R ; dent.-s.-lieut. Ivanoff, R.

81e *Bat. alp. fort.* — Méd.-lieut. Barut, D ; méd.-lieut. Micaud, R ; méd.-lieut. Reynaud, R ; méd.-lieut. Boiron, D.

86e *Bat. alp. fort.* — Méd. aux. Niger, R ; méd.-lieut. Gril, R.

95e *Bat. alp. fort.* — Méd.-lieut. Durandy, R.

96e *Bat. alp. fort.* — Méd.-lieut. de Alberti, R ; méd.-lieut. Lombardi, R : méd.-lieut. Citterio, R.

179e *Bat. alp. fort.* — Méd. aux. Grégoire, R.

(*J. O.*, 23 juin 1941.)

8e *Bat. de chars.* — Méd.-lieut. Tuillier, B.

14e *Bat. de chars.* — Méd.-lieut. Poirier, D.

22e *Bat. de chars.* — Méd.-lieut. Ledoux-Lebard, R.

28e *Bat. de chars.* — Méd.-lieut. Trinquet, A.

29e *Bat. de chars.* — Méd.-lieut. Defougy, D.

37e *Bat. de chars.* — Méd.-lieut. Jean Laurence, B.

46e *Bat. de chars.* — Méd.-lieut. Petit (P.), A.

49e *Bat. de chars.* — Méd.-s.-lieut. Dulcy, D.

(*J. O.*, 24 juin 1941.)

426e *R. pionniers.* — Méd.-lieut. Meiunier, B.

433e *R. pionniers.* — Méd.-lieut. Proust (Louis), D.

444e *R. pionniers.* — Méd.-lieut. Bourguine, R.

487e *R. pionniers sénégalais.* — Méd.-lieut. Neel, D ; méd.-lieut. Lasserre, D.

610e *R. pionniers.* — Méd. aux. Chataing, B.

623e *R. pionniers sénégalais.* — Méd. aux. Charet, CA et A.

11e *R. étranger d'inf.* — Méd.-cap. Ladoz, A.

12e *R. étr. d'inf.* — Méd.-cap. Valence, B ; pharm.-s.-lieut. Gerbay, B ; méd. aux. Stilhart, B ; méd.-lieut. Fric, B ; dent. aux. Tisseraud, B ; méd. aux. Balan, R ; méd.-lieut. Lévy, R.

11e *Bat. mitrailleurs.* — Méd.-lieut. Dor (Paul), D.

51e *Bat. mitrailleurs.* — Méd.-lieut. Delevoy, R.

56e *Bat. mitrailleurs.* — Méd. aux. Kowalski, CA.

64e *R. régional.* — Méd. aux. Cretin, CA.

(*J. O.*, 26 juin 1941.)

Dépôt tirail. alg. 93 bis. — Méd.-lieut. Pampouille, D.

Dép. inf. 14·. — Méd.-cap. Vidaillac, R.

Dép. inf. co'. Maroc. — Méd.-lieut. Lacroix, CA.

4e *R. I. C.* Méd. aux. Pramayon, R.

5e *R. I. C.* · Méd.-cap. Thiebaut, R ; méd.-lieut. Coudurier, CA ; m l.-s.-lieut. Guillemain, D.

6e *R. I. C.* - Méd. aux. Bancaud, B ; méd. aux. Chartres, R ; méd.-cap. Vial, A. ; méd.-lieut. Bouilloc, A.

8e *R. I. C.* — Méd.-cap. Fraimbault, CA.

12e *R. I. C.* — Méd.-comm. Talec, D.

16e *R. T. S.* — Méd.-cap. Devoivre, D.

(A suivre.)

NOUVELLES *(Suite)*

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

CERTIFICATS MÉDICAUX. — I. Devant l'accroissement inquiétant du nombre des certificats médicaux, le Conseil rappelle à tous les médecins la nécessité absolue de se conformer aux prescriptions impératives de la circulaire ministérielle du 21 décembre 1940 relative à l'alimentation des malades, qui insiste notamment sur le caractère exceptionnel que doit présenter l'attribution de la catégorie n° 1, limitée aux tuberculeux présentant des lésions indiscutables et en activité, tuberculeux osseux, état d'anémie grave, convalescents de maladies graves ou d'interventions chirurgicales sérieuses.

Certains malades peuvent bénéficier de l'un des quatre régimes I, II, III, IV, mais ceux-ci ne doivent être envisagés que dans les cas où ils s'imposent indiscutablement. Il a été fait, en particulier, un abus considérable du régime IV, et nous attirons l'attention de nos confrères sur la nécessité de mettre fin à ces facilités.

« C'est le médecin qui doit dicter la nécessité et le choix du régime, et non le malade. »

II. Dans les circonstances actuelles de pénurie de lait concentré, il y a lieu de le réserver, ainsi que le lait sec, aux enfants de moins d'un an qui « ne peuvent sans danger pour leur santé consommer du lait entier ».

III. Le Conseil invite les médecins à faire appel à un confrère pour délivrer des certificats médicaux pour les membres proches de leur famille (épouse, ascendants, descendants).

IV. Tous les confrères pourront trouver un tirage à part de ce communiqué soit au secrétariat de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris, soit auprès du médecin chef du service du contrôle des rations alimentaires allouées aux malades, 2, rue Pernelle (Turbigo 85-79), qui se tient à leur disposition pour tous les renseignements nécessaires.

(*Communiqué du Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine.*)

ORGANISATION DU SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ. — L'administration centrale du Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé comprend :

a. Le bureau du cabinet et de la documentation.

b. L'inspection générale des services du secrétariat d'État.

c. Le commissariat général à la famille, groupant :
Une section d'études et de législation ;
Une section d'action et de contrôle ;
Une section centrale des assistantes sociales familiales.

d. Le secrétariat général de la santé comprenant :
1° La direction de la santé ;
2° Les services de l'assistance ;
3° La section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières.

e. Les services du personnel, du budget et de la comptabilité.

Relèvent de l'inspection générale :

Le contrôle supérieur de l'organisation et du fonctionnement de tous les services et établissements d'hygiène et d'assistance, ainsi que la mise au point du bilan de leur activité.

Le contrôle de l'exécution de la politique familiale du gouvernement.

Le commissariat général à la famille a pour mission :

a. D'étudier et de présenter, après avoir pris l'avis des départements ministériels intéressés, une législation qui traduise la politique familiale du gouvernement.

b. De donner son avis sur tout texte législatif ou réglementaire touchant aux questions familiales ou susceptibles de répercussions familiales, ou dans lequel la politique familiale pourrait trouver à s'exercer.

c. De mener dans le pays une action de propagande en faveur de la famille et des idées familiales.

d. De suivre, notamment auprès des départements ministériels et des administrations locales, tous les problèmes qui intéressent la famille dans l'ordre moral, social et économique ; de proposer et de faire prévaloir des solutions familiales, et de veiller à l'exécution des mesures arrêtées.

e. De créer, de susciter ou d'aider, en accord avec les administrations intéressées, tout service, toute œuvre ou tout mouvement ayant pour objet la protection de la famille dans le domaine moral, social et économique.

f. De coordonner l'action du service social familial et de contrôler la formation familiale des assistantes sociales.

Relèvent du secrétariat général de la santé :

a. Direction de la santé :

Les questions relatives à l'exercice des professions médicales et paramédicales, à l'hygiène publique et à l'épidémiologie, à l'hygiène sociale et à la protection maternelle et infantile, à l'habitation et à la lutte contre le taudis.

b. Services de l'assistance :

Les questions relatives aux établissements nationaux d'assistance, à l'admission aux diverses lois d'assistance, à l'équipement hospitalier, à l'assistance aux enfants (service des enfants assistés), aux allocations militaires.

c. La section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières :

Formation et coordination des assistantes médico-sociales.

École d'infirmières.

DÉNOMINATION DES DIRECTEURS RÉGIONAUX DE LA SANTÉ ET DE L'ASSISTANCE. — Les directeurs régionaux de la famille et de la santé créés par l'article 2 de la loi du 18 septembre 1940 prennent le titre de directeurs régionaux de la santé et de l'assistance (*Loi du 7 septembre* 1941).

INSPECTION RÉGIONALE DE PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE. — M. le Secrétaire d'État à la Famille et à la Santé a nommé M. le Dr Joulia, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, inspecteur régional de la prophylaxie antivénérienne à titre intérimaire, en remplacement de M. le professeur Petges, atteint par la limite d'âge.

SECTION D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL. — La section d'hygiène industrielle et de médecine du travail du Comité consultatif d'hygiène de France est constituée comme suit :

MM. les Drs R. Barthe, Desoille, Duvoir, Gros, Prieur, Rist ; MM. Darzens, Kling, Lafarge.

CONSEIL DE PERFECTIONNEMENT DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES ET D'ASSISTANTES SOCIALES. — Sont nommés membres du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers ou d'infirmières, d'assistants ou d'assistantes du service social jusqu'à l'expiration des pouvoirs du Conseil actuellement en fonctions :

M. le Dr Delafontaine, médecin inspecteur de l'enseignement de la Croix-Rouge française.

Mme Dulmet (sœur Andrée), directrice du service social de l'hôpital Saint-Joseph.

M. Paul Leclerc, secrétaire général du Centre de formation sociale des cadres de l'industrie et du commerce.

M. le Dr Renaudeau, délégué de *Médecine et Famille.*

Mme Rollin, représentante des familles ouvrières.

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE MÉDECIN EN CE QUI CONCERNE LES JUIFS. — En exécution de l'article 3 du décret du 11 août 1941 (*Journal officiel* du 6 septembre 1941), les médecins se trouvant, à cette date, au nombre des personnes définies à l'article premier de la loi du 2 juin 1941 (*Journal officiel* du 14 juin 1941) sont priés de passer au Conseil de l'Ordre,

NOUVELLES *(Suite)*

242, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIIe), pour y remplir, en double exemplaire, une formule de déclaration concernant :

a. Leur situation par rapport à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, en faveur des anciens combattants et des victimes de la guerre (décret du 11 août 1941, article 1er, 4e alinéa) ;

b. Leurs mérites professionnels (*ibidem*, 5e alinéa).

(*Communiqué du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine.*)

CRÉATION DU CORPS DE L'INSPECTION DES SERVICES DE L'ASSISTANCE. — A partir du 1er octobre 1941, les corps d'inspecteurs administratifs de l'Assistance et d'inspecteurs adjoints administratifs de l'Assistance, d'inspecteurs de l'Enfance et d'inspecteurs adjoints de l'Enfance sont réunis en un corps unique appelé « Inspecteurs des services de l'Assistance et Inspecteurs adjoints des services de l'Assistance ».

Le nombre des inspecteurs des services de l'Assistance est fixé à quatre-vingt-dix.

Le nombre des inspecteurs adjoints des services de l'Assistance est fixé à cent dix.

LIMITE D'AGE DES MÉDECINS CHARGÉS D'ASSURER LE SERVICE MÉDICAL DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES. — La limite d'âge pour les médecins chargés d'assurer le service médical dans les établissements pénitentiaires est fixée à soixante-cinq ans.

Toutefois, lorsque l'intérêt du service l'exige, des dérogations individuelles aux dispositions de l'alinéa précédent peuvent être prononcées par arrêté du ministre secrétaire d'État à la Justice sur la proposition motivée du directeur de l'établissement ou de la circonscription pénitentiaire, et après avis du préfet du département.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de biologie clinique. — M. R. LEDOUX-LEBARD, chargé de cours, commence le mercredi 1er octobre 1941, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continue les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radio-diagnostic clinique médico-chirurgical, d'interprétation radiologique et de radiothérapie (rœntgenthérapie et curiethérapie)

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Mercredi* 1er *octobre* 1941. — Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers.

Vendredi 3 *octobre.* — Appareil locomoteur : os et articulations.

Lundi 3 *octobre.* — Appareil locomoteur (*suite*).

Mercredi 8 *octobre.* — Appareil digestif. Œsophage. Estomac.

Vendredi 10 *octobre.* — Appareil digestif. Duodénum. Intestin grêle. Côlon.

Lundi 13 *octobre.* — Appareil digestif. Côlon (*suite*). Foie et voies biliaires.

Mercredi 15 *octobre.* — Thorax. Appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire.

Vendredi 17 *octobre.* — Thorax. Appareil respiratoire (*suite*).

Lundi 20 *octobre.* — Appareil urinaire.

Mercredi 22 *octobre.* — Appareil urinaire (*suite*). Appareil génital.

Vendredi 24 *octobre.* — Radiobiologie. Radiosensibilité des éléments. Généralités sur la radiothérapie et la curiethérapie.

Lundi 27 *octobre.* — Principales applications de la rœntgenthérapie des affections non cancéreuses.

Mercredi 29 *octobre.* — Principales applications de la rœntgenthérapie des affections cancéreuses.

Vendredi 31 *octobre.* — Curiethérapie et ses principales applications.

Ces leçons seront accompagnées de projections et, à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux, ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radio-diagnostic clinique et de la radiothérapie basés sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Clinique de la tuberculose. — Hôpital Laennec (professeur J. TROISIER). Les quatre leçons de MM. Bariéty et Brouet, que nous avons précédemment annoncées, auront lieu *les quatre dimanches d'octobre, à 10 h. 30, à la salle des conférences de la clinique.*

NOUVELLES DIVERSES

Les médecins prisonniers. — Le *Bulletin de l'Ordre des médecins* (n° 3, août 1941) apporte des renseignements sur la situation des médecins prisonniers et sur les démarches entreprises à leur sujet, notamment en ce qui concerne la relève.

Le nombre actuel des médecins de réserve prisonniers dans les camps d'Allemagne est d'environ 750.

Au 1er juin 1941, les médecins libérés étaient au nombre de 1 554, dont 197 officiers et 294 auxiliaires venant d'Allemagne, les autres venant de France.

Au 28 juillet, 64 nouvelles libérations ont eu lieu. Ces chiffres ne concernent que les médecins rapatriés en zone occupée.

REVUE DES LIVRES

Traité de chimie pharmaceutique, par L. REUTTER. Un volume in-8° de 664 pages. (*J.-B. Baillière, Paris.*)

La chimie pharmaceutique, ayant pris de jours en jours une place des plus prépondérante dans la thérapeutique, exige des études et des connaissances de plus en plus étendues, car elle enseigne non seulement l'art de préparer les divers produits utilisés en pharmacie, mais aussi celui de les ordonner, tout en connaissant leurs effets physiologiques ou leurs incompatibilités, sans parler de leurs caractères physiques, point de fusion, solubilité dans l'eau, l'alcool, la glycérine ou les huiles, etc., etc. N'est-il pas utile d'en connaître leurs diverses synthèses et de pouvoir constater que les dérivés de l'antipyrine, de l'acide salicylique, etc., réagissent tout à fait différemment s'ils sont combinés à des éthers ou des alcools, à des phénols ou des alcaloïdes, dont les effets physiologiques sont eux-mêmes transformés ? Ainsi l'antipyrine chlorée réagit-elle comme mydriatique, à l'encontre du monocamphorate

REVUE DES LIVRES *(Suite)*

d'antipyrine, qui est un spécifique des transpirations nocturnes, ou de l'astrolyne (méthyl-éthyl-glycolate d'antipyrine), qui réagit comme antithermique et comme analgésique, l'anilo-antipyrine se prescrivant comme antipyrétique ou comme sédatif. Le salacétol se prescrit non seulement comme antirhumatismal, mais comme un très bon désinfectant des intestins, à l'encontre du méthyl-salicylate de benzile, qui est un antigoutteux et un hypnotique.

Le *Traité de Chimie pharmaceutique* de 664 pages grand in-8° permettra aux médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires de se rendre compte des effets thérapeutiques d'une foule de produits chimiques nouveaux.

Ce livre comble une lacune et devrait se rencontrer dans la bibliothèque de tous ceux qui aiment leur art, soit comme Æsculapes prescrivant, soit comme pharmaciens exécutant des ordonnances. Aussi ne pouvons-nous que le conseiller très vivement à nos lecteurs.

R. D.

La morale professionnelle du médecin, par E. Rist. Un volume in-8° de 112 pages. (*Masson*, 1941.)

A la demande du professeur agrégé Maurice Duvoir, chargé du cours magistral de médecine légale à la Faculté de Paris, mon collègue E. Rist a fait, aux élèves de ce cours, trois leçons sur la morale qui régit — ou devrait régir — notre profession. Il vient de les réunir en un petit volume qui sera accueilli avec plaisir et profit par nombre de médecins. Depuis le temps lointain où Dechambre publiait son livre sur *Le Médecin*, celui où Juhel-Rénoy abordait à son tour l'exposé des devoirs professionnels du médecin, nombre de travaux ont été consacrés à la déontologie médicale, et tout récemment le premier acte du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a été de publier un *Code de déontologie*. Il était utile qu'une voix aussi autorisée que celle de Rist se fît entendre et précisât les réflexions auxquelles l'a conduit une carrière déjà longue. Le succès qu'ont eu ses leçons devant le public de la Faculté se retrouvera parmi les lecteurs de l'ouvrage récemment paru.

Le médecin et son malade, Le médecin, la société et l'État, Le médecin et sa profession, tels sont les titres des trois entretiens où E. Rist, s'appuyant souvent sur les textes mêmes du nouveau code, en précisant la signification et la portée, a fixé de manière précise et claire les devoirs et les responsabilités du médecin d'aujourd'hui.

Il est impossible d'entrer dans le détail de cet exposé, appuyé sur une série d'exemples frappants, dans lequel la vie du médecin, sous tous ses aspects, est envisagée; ses obligations sont mises en évidence, et aucune des erreurs où il pourrait tomber n'est éludée. « On ne se sert pas de la médecine. On la sert, avec abnégation, avec amour, avec passion. Et il n'est rien qui nous soutienne, nous encourage et nous exalte davantage que le sentiment de servir, dans l'union et la concorde, coude à coude avec tous ceux qui, sous le même drapeau, sous la même discipline, acceptée des mêmes chefs, ont voué leur vie à la même profession. » Cette conclusion de l'auteur témoigne de l'esprit dans lequel ces pages ont été écrites. Si, chemin faisant, il a justement dénoncé les erreurs de ceux qui détournent la médecine de ses obligations sacrées pour la mettre au service de leurs intérêts, E. Rist a, avec tout son cœur et sa longue expérience, tracé un tableau que tous auront profit à lire et à relire.

P. Lereboullet.

Le cas de la visionnaire stigmatisée Thérèse Neumann, de Konnersreuth. Étude analytique et critique du problème. Préface par le professeur Jean Lhermitte. Par le Dr Boleslas de Poray-Madeyski. Un volume in-8° de 320 pages : 40 francs. (*P. Lethielleux, édit.*, 1941.)

Le problème qui fait l'objet de ce très intéressant ouvrage est relatif aux phénomènes d'apparence prodigieuse observés chez Thérèse Neumann, cette jeune paysanne à l'esprit clair, au rire franc et joyeux, devenue la célèbre *visionnaire stigmatisée de Konnersreuth*, phénomènes qui ont passionné l'ardente curiosité de nombreux esprits dans tous les pays du monde civilisé et qui, depuis plus de vingt ans, sont l'objet des plus vives discussions entre savants théologiens et médecins réputés.

Cette étude analytique et critique est préfacée par mon collègue Jean Lhermitte, qui en précise la nécessité, le sens et la portée, et en approuve les conclusions. Il rappelle à son propos les instructions nettes et formelles du pape Benoît XIV, qui affirme que, lorsqu'il s'agit de décider si une guérison effectuée l'a été par voie naturelle ou par force divine, il ne faut jamais attribuer au miracle ce qui aurait pu être obtenu par les seules forces de la nature. Et le pontife exhorte les médecins à ne pas se laisser influencer par le premier aspect des faits et à ne pas attribuer au miracle les guérisons produites par des forces naturelles. C'est la position qu'a adoptée le Dr de Poray-Madeyski pour étudier et exposer les phénomènes singuliers de psychopathologie présentés par Thérèse Neumann. Il s'agit, sans nul doute, de troubles liés à la névrose hystérique, soulevant les mêmes remarques que ceux jadis étudiés par Charcot, Gilles de La Tourette et bien d'autres, provoqués toutefois moins par l'autosuggestion que par l'émotion, selon la conception de Déjerine. Ici, la psychonévrose a laissé intactes les fonctions intellectuelles et, selon la conclusion de l'auteur, ne porte aucune atteinte à l'être moral, à sa dignité personnelle, à sa sincérité, ni à sa piété, ni même à la possibilité de véritable sainteté. Mais il faut se garder d'interpréter comme des faits mystiques des phénomènes appartenant en propre à l'hystérie. L'exposé des manifestations observées et leur discussion sont ici d'un vif intérêt.

P. L.

VARIÉTÉS

SERAI-JE MÉDECIN ?
OU LA VOCATION MÉDICALE

Il ne s'agit nullement ici de donner une suite à la curieuse enquête menée, il y a quelques années déjà, par notre confrère le docteur Crinon, sur le sujet que développa, voici quelques semaines, M. le professeur Castaigne, en sa leçon d'ouverture de l'année 1940-1941. Plus exactement, ce fut une conférence prononcée à la séance de rentrée des étudiants en médecine et en pharmacie de l'Université de Clermont.

Le texte intégral en a été publié par la *Revue des Deux Mondes* du 15 novembre 1940.

Et M. le professeur Castaigne de commencer ainsi :

« C'est l'étude de votre vocation que j'ai choisie comme sujet de cette conférence de rentrée de nos Facultés, et, si j'ai agi de la sorte, c'est que, après la catastrophe dont nous souffrons et souffrirons encore longtemps, nous avons tous et chacun le devoir impérieux de nous réformer afin de devenir plus aptes à contribuer, dans la mesure de nos moyens et de nos forces, au relèvement de la Patrie. »

M. le professeur Hermann, de Lyon, expose que la vocation est constituée par un facteur moral qui n'est autre que l'amour d'une carrière vers laquelle l'étudiant se sent attiré par une force invincible, de telle sorte que la joie la plus pure sera pour lui d'y réussir comme on réussit toujours quand on se donne tout entier à une tâche que l'on voit belle et pour laquelle on est prêt à tous les sacrifices.

Comme paraphrase à cette définition, comme illustration vivante de ce que peut être une définition, M. Castaigne de nous développer « ce que la vie héroïque du maréchal Philippe Pétain nous apprend sur la véritable vocation : *le don de sa personne*. Depuis le 16 juin 1940 jusqu'à nos jours, il n'est pas un Français de France qui ne sache la vie qu'à chaque instant a vécue le Maréchal. Il serait ridicule d'y insister... Au reste, il faut espérer qu'une anthologie de ce que le Maréchal a dit et écrit sera bientôt publiée afin que tous, enfants et adultes, puissent apprendre par cœur les phrases qui figureront dans la plus grande histoire. Rappelez-vous : « L'esprit de jouissance l'a emporté sur l'esprit de sacrifice. » « On a revendiqué plus qu'on a servi. » Et plus loin : « Le travail des Français est la ressource suprême de la Patrie », et ceci dans toutes les branches de l'activité humaine.

Avec une psychologie qui est le propre du professeur Castaigne, celui-ci classe en quatre catégories les étudiants qui n'ont pas la véritable vocation médicale.

a. Ici, ce sont les parents qui, par leurs conseils ou même par leurs ordres impératifs, ont orienté leurs enfants vers la carrière médicale.

b. Là, ce sont les élèves d'une même classe, agissant en vrais moutons de Panurge, qui décident, à l'exemple d'un des leurs, à prendre leur première inscription.

c. Une troisième catégorie comprend les « arrivistes » : ceux qui demeurent convaincus que faire sa médecine conduira aux plus hautes situations honorifiques ou financières par d'habiles relations.

d. Ceux-ci sont attirés vers la médecine par l'esprit de jouissance : ils passeront une ou deux bonnes années d'heureuse tranquillité. « On arrive toujours, n'est-ce pas, à être docteur en médecine. »

M. Castaigne, avec M. Hermann, propose un test basé sur des indices qui ne trompent pas et des qualités morales s'avérant indispensables : dévouement, conscience, désintéressement, don constant de soi-même.

Pour le signataire de ces lignes, il est hors de doute, comme l'écrit le maître de Clermont, que c'est dans les familles de médecins et de pharmaciens que les qualités requises ont tendance à se développer, puisque depuis leur enfance fils et filles ont constamment eu sous les yeux l'exemple du comportement de leurs pères. A juste titre, M. Castaigne cite les familles Richet, comme ayant fourni cinq générations d'internes, et Gouraud, comme en ayant donné quatre. M. Castaigne a raison de citer sa propre famille, où six médecins se sont succédé de père en fils. Que d'exemples plus modestes, mais non moins nombreux, pourraient être donnés en modèle !... M. Delaunay, l'un des plus érudits présidents de la Société d'histoire de la médecine, nous citait le nom d'une famille du pays angevin, si nous avons bonne mémoire, où dix-sept membres avaient pratiqué notre art.

Nous connaissons une famille du Lot où l'arrière-grand-père, le grand-père, le fils et le petit-fils ont exercé dans la même maison. Et l'arrière-grand-père avait vu commencer la médecine à son arrière-petit-fils au moment même où la mort allait terminer son activité professionnelle. Non loin de là, nous connaissons un autre groupement, en ligne directe

VARIÉTÉS *(Suite)*

et en collatéraux, où cinq médecins ont alterné avec six pharmaciens... Parmi ceux-ci, l'un d'eux avait été médecin et pharmacien, et professeur à l'École de médecine d'Alger vers 1872... Il est cependant de nos confrères qui n'ont jamais eu d'ascendants ou de collatéraux ayant exercé notre belle profession et qui cependant inscrivent une belle page dans les annales de l'exercice de notre art.

Une fois encore, la psychologie de M. Castaigne va nous révéler l'origine de la vocation. Lisons son texte en entier :

« Je tiens à insister, à ce point de vue, sur le rôle très important de la maman du futur médecin. A maintes reprises, depuis longtemps déjà, me trouvant en relations médicales avec des confrères qui n'avaient pas eu de parents médecins et dont j'admirais au plus haut point les qualités professionnelles et morales, je me suis rendu compte qu'ils les devaient surtout à l'influence de leur mère.

» Et comment s'en étonnerait-on, puisque je vous ai dit tout à l'heure que cette vocation était surtout à base de bonté, de dévouement et d'oubli de soi-même. Or ne reconnaissez-vous pas en ces qualités les vertus fondamentales des mamans comme il en existe tant en France ? Et, dans le cas où les mères se donnent la peine — ce qu'elles devraient toujours faire — de marquer leurs enfants de leur empreinte morale, quoi d'étonnant à ce que ceux-ci acquièrent les qualités qui développent en eux la vraie vocation médicale ? »

La conférence se déroule avec une harmonie parfaite. Elle eût été incomplète si M. Castaigne n'avait pas laissé l'espoir à ceux qui se sont engagés sans véritable vocation qu'un jour celle-ci pourrait naître en leur cœur. Que faire pour eux ? Suivre l'exemple d'aménité, de bonté, de dévouement dont ils voient le parfait épanouissement auprès des malades des salles de clinique...

Les dramatiques circonstances que nous vivons nous ont fait connaître la misère de certains réfugiés, la détresse morale et physique de ceux qui ont tout abandonné de leurs biens. A ceux-là, votre cœur vous dictera votre conduite. R. MOLINÉRY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

***Diagnostic insuffisant** (suite)* (1)

Quant au fait que le chirurgien avait laissé le soldat quitter l'hôpital malgré un léger raccourcissement de la jambe gauche, il ne pouvait constituer la preuve d'une négligence à la charge du chirurgien. En effet, il résultait de l'expertise que ce raccourcissement pouvait être légitimement attribué aux fractures du tibia et du genou, et le médecin pouvait normalement penser qu'il avait été provoqué par la rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse.

Ainsi, cette constatation d'un raccourcissement n'était pas suffisante pour éclairer le médecin sur les autres lésions et il ne s'opposait nullement à la sortie de l'hôpital.

Ce n'est en effet que postérieurement que le raccourcissement s'aggrava et cette aggravation attira l'attention du second médecin sur un traumatisme possible de la hanche, c'est alors qu'on fit les radiographies qui décelèrent une fracture de l'ischion, mais il n'en résulte nullement que cette fracture ait pu à l'origine s'accompagner d'un déplacement de la tête fémorale assez accentué pour apparaître à l'examen du médecin, alors qu'il n'existait aucune manifestation d'une luxation de la hanche.

C'est en se fondant sur ces circonstances de fait que la Cour a décidé que l'insuffisance de diagnostic ne constituait pas une faute caractérisée.

L'arrêt de la Cour est ainsi libellé :

LA COUR. — Statuant sur l'appel formé par le sieur M..., d'un jugement du tribunal civil de Reims, en date du 3 juin 1937 ;

Considérant que le sieur M..., alors soldat en garnison à Z..., ayant été, dans cette ville, le 26 août 1934, victime d'un accident par suite de la collision de la motocyclette sur laquelle il était monté avec une automobile, fut transporté à l'hôpital civil où il fut soigné par le Dr X..., médecin de cet hôpital, pour plaie du tibia et lésion du genou du membre inférieur gauche ; que, sorti de l'hôpital le 4 octobre 1934 avec un certain raccourcissement de cette jambe, il consulta, en arrivant dans sa famille à Paris, le Dr Y..., qui fit faire une radiographie de la hanche et diagnostiqua

(1) Voy. *Paris médical*, n° 39.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

une fracture de l'ischion avec luxation du haut de la tête fémorale ;

Considérant que le blessé et sa famille n'ayant alors pas consenti à l'opération immédiate conseillée par le chirurgien, celle-ci ne put avoir lieu que le 31 janvier 1935 et qu'elle laissa subsister une incapacité permanente de 50 p. 100 ;

Considérant qu'attribuant la cause de cet état à l'incurie et à l'erreur de diagnostic du Dr X... le sieur M... a assigné celui-ci en condamnation au paiement d'une somme totale de 483 065 francs à titre de dommages-intérêts ; qu'après jugement en date du 27 décembre 1935, désignant trois experts, et après dépôt du rapport de ceux-ci, le tribunal de Reims, par la décision entreprise, a débouté le sieur M... de sa demande en estimant que le Dr X... n'avait commis aucune faute lourde et qu'il n'y avait pas relation de cause à effet entre le traitement institué par le Dr X... et l'état actuel du sieur M... ;

Considérant que celui-ci a relevé appel de ce jugement en soutenant que le défaut d'intervention du Dr X... pendant les trente-neuf jours de son séjour à l'hôpital constituait à la charge de ce médecin une faute lourde, soit qu'il se soit rendu compte de la lésion et qu'il ne soit pas volontairement intervenu, soit qu'il ne l'ait pas exactement diagnostiquée par suite du défaut de radiographie, précaution élémentaire et indispensable en cas de lésion ou de possibilité de lésion ; que d'autre part en laissant quitter l'hôpital à un malade non guéri et en l'autorisant à marcher, ce qui, dans son état, était funeste, le Dr X... a commis des fautes entraînant sa responsabilité ;

Mais considérant qu'il résulte des déclarations unanimes du personnel hospitalier ayant donné des soins à M... qu'aucun signe clinique ne permettait de présumer une luxation de la hanche ; que ces déclarations sont confirmées soit par la position de la jambe gauche quand on a pris les radiographies du genou et du tibia, soit par les constatations mêmes du Dr Y... quand il a examiné le sieur M... ; que les seules radiographies du genou et du tibia faites à l'hôpital dans les tout premiers jours de l'entrée du blessé paraissaient utiles au diagnostic à poser ; qu'il n'est pas établi que soit des contusions sérieuses de la hanche gauche, soit des souffrances ressenties par le blessé et sur lesquelles il aurait appelé l'attention du Dr X... et du personnel infirmier aient pu et dû provoquer un examen spécial de la hanche par ce chirurgien ; que la lésion du genou, établie par un examen radiographique, devait apparaître comme justifiant à elle seule l'état du sieur M... et le traitement qui a été appliqué; que le léger raccourcissement de la jambe gauche, apparu quand M... a commencé à marcher et qui avait été signalé par celui-ci au Dr X..., pouvait normalement être considéré comme la conséquence momentanée de la lésion du genou et de la rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse qu'elle avait provoquée ;

Considérant qu'ainsi interprété ce raccourcissement ne nécessitait pas le maintien du blessé à l'hôpital et ne posait pas une contre-indication à un retour dans sa famille ;

Considérant que les radiographies prises par la suite, lorsque l'aggravation, rapidement accentuée, du raccourcissement de la jambe gauche eut attiré l'attention du Dr Y... sur un traumatisme possible de la hanche, ont décelé une fracture de l'ischion, qui, par sa nature, avait pu, à l'origine, ne s'accompagner que d'un déplacement de la tête fémorale assez peu accentué pour n'être révélé par aucune des manifestations classiques de la luxation de la hanche ;

Considérant que, dans un cas aussi exceptionnel, on ne saurait considérer l'insuffisance de diagnostic du Dr X... et l'absence de radiographie de la hanche comme constituant une faute caractérisée et une méconnaissance certaine du devoir médical normal ;

Considérant que les experts ne concluent d'ailleurs pas à une faute professionnelle du Dr X... ; qu'on ne saurait déduire l'existence d'une telle faute de ce qu'ils qualifient de « regrettable » l'absence d'une radiographie de la hanche qui, en permettant un diagnostic plus complet, aurait pu faire éviter les déformations secondaires ; que cette formule, au sens incertain, qu'on ne peut interpréter nécessairement comme un reproche précis fait à la conduite du chirurgien, ne saurait remplacer l'affirmation par les experts d'une faute de celui-ci, ainsi qu'il leur avait été expressément demandé dans la mission à eux confiée par le tribunal ;

Par ces motifs, et ceux non contraires des premiers juges, — Dit M... recevable, mais mal fondé en son appel ; l'en déboute ; — Confirme le jugement entrepris ; — Condamne M... aux dépens d'appel.

ADRIEN PEYTEL.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

LOI DU 11 SEPTEMBRE 1941 RELATIVE A L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ARTICLE PREMIER. — Sont réservées aux pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles 25, 29 et 59 ci-après :

1° La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine : c'est-à-dire de toute drogue, substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et conditionnée en vue de la vente au poids médicinal.

Sont considérés comme médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques, ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve ;

2° La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes au Codex, stérilisés ou non ;

3° La vente en gros, la vente au détail et toute délivrance au public des mêmes produits et objets ;

4° La vente des plantes médicinales inscrites au Codex.

La fabrication et la vente des virus atténués ou non, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou non et les divers produits d'origine microbienne pouvant servir sous une forme quelconque au diagnostic, à la prophylaxie ou à la thérapeutique, demeurent régies par les dispositions de la loi du 14 juin 1934 sur les sérums thérapeutiques.

La fabrication et la vente en gros des drogues simples, des produits chimiques et de toutes matières premières destinées à la pharmacie sont libres, à condition que ces produits ne soient jamais délivrés directement aux consommateurs pour l'usage pharmaceutique et sous réserve des règlements particuliers concernant certains d'entre eux.

Les produits hygiéniques, s'ils ne contiennent pas de substances soumises à la loi du 12 juillet 1916 relative à la vente des substances vénéneuses, les produits utilisés pour la désinfection des locaux et pour la prothèse dentaire ne sont pas considérés comme médicaments.

ART. 2. — Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit en outre les conditions suivantes :

a. Satisfaire aux obligations de nationalité prévues par les lois et règlements en vigueur ;

b. Être titulaire du diplôme de pharmacien délivré par l'État français. Ce diplôme doit être enregistré sans frais à la Préfecture du département et au greffe du tribunal de première instance ;

c. Être inscrit à l'une des chambres professionnelles instituées par le titre II ci-après.

TITRE II

ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES.

CHAPITRE PREMIER.

Les chambres départementales des pharmaciens. — ART. 3. — Il est institué dans chaque département une chambre des pharmaciens, ayant en principe son siège au chef-lieu du département et comprenant tous les pharmaciens titulaires ou non d'une officine qui exercent leur art dans le département.

Cette chambre surveille l'activité professionnelle de ses membres et a qualité pour défendre leurs intérêts.

Elle saisit le conseil régional des pharmaciens des affaires ressortissant à ce conseil.

ART. 4. — La chambre départementale des pharmaciens est administrée par un conseil composé de :

Quatre membres pour un nombre de pharmaciens inscrits inférieur ou égal à cinquante ;

Six membres si le nombre des inscrits est de cinquante et un à cent cinquante ;

Huit s'il est supérieur à cent cinquante ;

Et douze pour la chambre des pharmaciens du département de la Seine.

Les membres des conseils sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable. Le conseil désigne son président.

Pour la constitution des premiers conseils, le président et les membres du conseil seront nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Un arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé réglera, d'une part, les modalités de l'élection des membres du conseil et, d'autre part, la date à laquelle prendront fin les pouvoirs des premiers conseils.

ART. 5. — Le conseil donne son avis sur l'octroi des licences pour l'ouverture et le transfert des officines, sur le remplacement des titulaires d'officine, sur la limitation et la répartition des officines et leur évaluation, dans les conditions qui sont prévues aux articles 21 et 37 de la présente loi.

Il peut demander au directeur régional de la Santé et de l'Assistance que des enquêtes relatives à l'exercice de la profession soient effectuées par les inspecteurs des pharmacies.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES *(Suite)*

CHAPITRE II.

Conseils régionaux des pharmaciens. — ART. 6. — Au siège de chaque région sanitaire, est institué un conseil régional des pharmaciens. Ce conseil comprend :

1° Deux professeurs de faculté de pharmacie, de faculté mixte de médecine et de pharmacie ou d'école de médecine et de pharmacie, pourvus de diplômes de pharmaciens, désignés par le recteur de l'Académie ;

2° Des délégués des chambres départementales de la région à raison d'un délégué pour les chambres de moins de cinquante et un membres, de deux pour celles de cinquante et un à cent cinquante membres, de trois pour celles de plus de cent cinquante membres, de quatre pour la chambre départementale de la Seine.

Les membres du conseil régional sont nommés ou élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

Le conseil régional désigne son président parmi les délégués départementaux.

Pour la constitution des premiers conseils, le président et les membres du conseil seront nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Un arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé réglera, d'une part, les modalités de l'élection des membres du conseil et, d'autre part, la date à laquelle prendront fin les pouvoirs des premiers conseils.

Le président de la chambre des notaires du chef-lieu du département de la région exerce auprès du conseil régional les fonctions de conseiller juridique. Il peut, par un acte exprès, déléguer ses fonctions à l'un de ses confrères, membre de la chambre.

ART. 7. — Le conseil régional examine les questions qui intéressent la profession dans le cadre régional.

Il élit un représentant pour la désignation des délégués au conseil supérieur de la pharmacie.

Il est saisi des résultats des enquêtes effectuées par les inspecteurs des pharmacies.

Les pharmaciens reconnus coupables de fautes professionnelles pourront encourir l'une des peines disciplinaires suivantes :

Réprimande ;

Blâme avec inscription au dossier ;

Suspension pour une période qui ne pourra excéder trois mois ;

Interdiction de la profession.

Les deux premières sanctions sont prononcées par le conseil régional. Les peines plus élevées sont prononcées par le préfet sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, sauf recours au secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, qui statuera en dernier ressort, après avis du conseil supérieur de la pharmacie.

En cas de suspension, s'il s'agit du titulaire d'une officine, le titulaire suspendu sera tenu de présenter un remplaçant au conseil régional, qui, à défaut de présentation, en désignera un d'office.

ART. 8. — Le conseil régional a qualité pour ester en justice. Il administre le patrimoine de la caisse régionale de la pharmacie, instituée en vertu de l'article 38 de la présente loi, et qui est dotée de la personnalité civile.

CHAPITRE III.

Chambre des fabricants et chambre des droguistes et répartiteurs. — ART. 9. — Il est institué, pour l'étendue du territoire métropolitain, une chambre des fabricants de produits pharmaceutiques dont le siège est à Paris. Cette chambre comprend tous les pharmaciens qui sont propriétaires, gérants, administrateurs des établissements autres que les officines, qui se livrent à la fabrication des compositions et préparations pharmaceutiques et au conditionnement des drogues simples ou des produits chimiques en vue de leur vente au poids médicinal.

Les pharmaciens propriétaires d'officines qui exploitent une ou plusieurs spécialités y sont représentés par des délégués désignés par les conseils régionaux des pharmaciens : le nombre de ces délégués sera fixé par arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

La chambre est administrée par un conseil composé de douze membres appartenant à des établissements différents. Les membres sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable. Ce conseil désigne son président.

Pour la constitution des premiers conseils, le président et les membres du conseil seront nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Un arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé réglera, d'une part, les modalités de l'élection des membres du conseil et, d'autre part, la date à laquelle prendront fin les pouvoirs des premiers conseils.

ART. 10. — La chambre des fabricants est dotée de la personnalité civile.

La chambre surveille l'activité professionnelle de ses membres et a qualité pour défendre leurs intérêts.

ART. 11. — Le conseil de la chambre peut demander aux directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance de faire effectuer des enquêtes relatives à l'exercice de la profession, par les inspecteurs de pharmacie.

Il est saisi du résultat de ces enquêtes et a qualité pour proposer au secrétaire d'État à la Famille et à la Santé les mesures qui lui paraî-

traient propres à remédier aux irrégularités constatées.

Il administre le patrimoine de la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques.

Il dresse le fichier des fabricants de produits pharmaceutiques.

Il désigne les délégués de la chambre au conseil supérieur de la pharmacie.

ART. 12. — Il est institué une chambre des droguistes en pharmacie et répartiteurs de produits pharmaceutiques, dont la constitution et les attributions sont les mêmes que celles de la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques définis aux articles 9, 10 et 11 précédents.

ART. 13. — A l'exception des délégués désignés par les conseils régionaux des pharmaciens dans les conditions prévues à l'alinéa 2 de l'article 9, nul ne peut être simultanément inscrit à une chambre départementale et à la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques, ou à la chambre des droguistes en pharmacie et des répartiteurs de produits pharmaceutiques, mais à l'une de ces chambres seulement.

CHAPITRE IV.

Conseil supérieur de la pharmacie. — ART. 14. — Il est institué un conseil supérieur de la pharmacie. Ce conseil comprend :

1° Un professeur de la Faculté de pharmacie de Paris, un professeur d'une faculté de pharmacie de province et un professeur d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie (section de pharmacie), nommés par le secrétaire d'État à l'Éducation nationale et à la Jeunesse ;

2° Huit délégués appartenant à des conseils régionaux différents. En vue de l'élection de ces délégués, chaque conseil régional désigne un représentant. Une réunion de ces représentants, présidée par le plus ancien, procède à l'élection ;

3° Quatre délégués de la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques ;

4° Deux délégués de la chambre des droguistes en pharmacie et répartiteurs de produits pharmaceutiques.

Les membres du conseil sont nommés ou élus pour trois ans, leur mandat est renouvelable.

Le conseil élit son président et un vice-président.

Pour la constitution du premier conseil, les membres autres que ceux qui sont à la nomination du secrétaire d'État à l'Éducation nationale et à la Jeunesse, ainsi que le président et le vice-président, seront nommés par arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

ART. 15. — Le conseil supérieur de la pharmacie étudie les questions d'intérêt général se rapportant à la pharmacie.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Il oriente et coordonne l'action des conseils régionaux des pharmaciens et des chambres instituées au chapitre III du présent titre.

Il se réunit au moins une fois par trimestre.

TITRE III

RÉGLEMENTATION DE LA PUBLICITÉ.

ART. 16. — La publicité technique concernant les médicaments est libre auprès des médecins et pharmaciens ; toutefois, il est interdit aux pharmaciens de donner aux médecins, dentistes, sages-femmes, des primes, des objets publicitaires ou des avantages matériels de quelque nature que ce soit, en dehors des échanges médicaux destinés à l'expérimentation et de la remise habituelle sur le prix des médicaments destinés à leur usage personnel.

ART. 17. — La publicité s'adressant au public est libre lorsqu'elle mentionne exclusivement le nom et la composition du produit, celui du pharmacien préparateur, ses titres universitaires, son adresse.

ART. 18. — Aucun texte publicitaire dépassant les limites définies à l'article précédent ne peut être porté à la connaissance du public par quelque moyen que ce soit s'il n'a reçu le visa du comité technique des spécialités institué à l'article 44 ci-après. Ce visa ne comporte aucune garantie en ce qui concerne les propriétés thérapeutiques du produit.

Un délai de six mois à partir de la mise en vigueur de la présente loi est accordé aux fabricants de spécialités pour se mettre en règle avec les présentes prescriptions et celles de l'article 17. Ce délai est porté à dix-huit mois en ce qui concerne les textes publicitaires qui font partie du conditionnement des spécialités en vente lors de la promulgation de la présente loi.

TITRE IV

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PHARMACIE DE DÉTAIL.

CHAPITRE PREMIER.

Des officines de pharmacie. — ART. 19. — On entend par officine l'établissement affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits au Codex et à la vente au détail des produits visés à l'article 1er.

ART. 20. — L'exploitation d'une officine est incompatible avec l'exercice d'une autre profession, notamment avec celle de médecin, sage-femme, dentiste, même si l'intéressé est pourvu des diplômes correspondants.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES *(Suite)*

Les pharmaciens ne peuvent faire dans leur officine le commerce de marchandises autres que celles figurant sur une liste arrêtée par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, sur proposition du conseil supérieur de la pharmacie.

Les pharmaciens doivent tenir, dans leur officine, les drogues simples, les produits chimiques et les préparations stables décrites par le Codex français. Les médicaments officinaux instables doivent pouvoir être préparés en cas de besoin. Ces substances doivent présenter les caractéristiques indiquées au Codex.

Les pharmaciens ne peuvent vendre aucun remède secret.

ART. 21. — Toute ouverture d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le préfet sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, après avis de la chambre départementale des pharmaciens.

Cette licence fixe l'emplacement où l'officine sera exploitée.

Tout refus de licence doit faire l'objet d'une décision motivée. Il peut en être fait appel au secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, qui statue après avis du conseil régional. Lors de la fermature définitive de l'officine, la licence doit être remise à la préfecture par son dernier titulaire ou par ses héritiers.

ART. 22. — Tout pharmacien se proposant d'exploiter une officine devra en faire la déclaration préalable à la préfecture où elle sera enregistrée.

Seront jointes à cette déclaration les justifications propres à établir que son auteur remplit les conditions exigées par les articles 2 et 23 de la présente loi, qu'il est inscrit à la chambre départementale des pharmaciens et qu'il s'est assuré la propriété ou la copropriété de l'établissement considéré.

Si l'une ou plusieurs de ces conditions font défaut, le préfet, après avis du conseil de la chambre départementale et sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, refusera l'enregistrement par une décision motivée.

En cas de réclamation, il sera statué par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, après avis du conseil régional.

Si aucune décision n'est intervenue dans le délai de deux mois à compter du dépôt de la

déclaration, l'enregistrement de celle-ci sera de droit à l'expiration dudit délai.

ART. 23. — Le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire et être âgé d'au moins vingt-cinq ans.

Les pharmaciens sont autorisés à constituer entre eux une société en nom collectif en vue de l'exploitation d'une officine.

Un pharmacien ne peut être propriétaire ou copropriétaire que d'une seule officine.

ART. 24. — Aucune convention relative à la propriété d'une officine n'est valable si elle n'a été constatée par écrit. Une copie de la convention est déposée à la chambre départementale des pharmaciens et à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance.

Est nulle et de nul effet toute stipulation destinée à établir que la propriété ou la copropriété d'une officine appartient à une personne non diplômée.

ART. 25. — Par dérogation au paragraphe 1er de l'article 23 de la présente loi, les hôpitaux, hospices, asiles, cliniques, sanatoriums, préventoriums, maisons de santé, dispensaires et en général tous les organismes publics ou privés où sont traités les malades, ainsi que les sociétés de secours mutuels et leurs unions, peuvent être propriétaires d'une pharmacie, à la condition de la faire gérer par un pharmacien, sous la surveillance et la responsabilité duquel se fait la distribution des médicaments.

L'autorisation de gérance est délivrée par le préfet du département, après avis de la chambre départementale des pharmaciens et sur proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Cette gérance peut être confiée, lorsque l'établissement ne comporte qu'un service réduit, à un pharmacien déjà titulaire d'une officine. Dans ce cas, l'autorisation doit en faire mention expresse.

Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance peut désigner, parmi les établissements mentionnés ci-dessus, ceux dans lesquels les médecins pourront délivrer directement aux malades relevant de l'assistance médicale gratuite les médicaments dont une liste sera établie par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Le fonctionnement des pharmacies visées au présent article est soumis au contrôle et à l'inspection institués par la présente loi.

ART. 26. — Les établissements de toute nature prévus à l'article précédent ne peuvent avoir de pharmacies que pour leur usage particulier intérieur.

Exceptionnellement, en cas de nécessité, le préfet du département peut, après avis favorable du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, autoriser pour une période déterminée ces établissements à vendre au public des médicaments au prix du tarif pharmaceutique.

CHAPITRE II.

Exercice de la profession. — ART. 27. — Le pharmacien titulaire d'une officine doit exercer personnellement sa profession.

En toutes circonstances, les médicaments doivent être préparés par un pharmacien, ou sous la surveillance directe d'un pharmacien.

Un arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé fixera, après avis du conseil supérieur de la pharmacie, le nombre des pharmaciens dont les titulaires d'officines devront se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires.

CHAPITRE III.

Absence du pharmacien. — Remplacements. — ART. 28. — Une officine ne peut rester ouverte en l'absence de son titulaire que si celui-ci s'est fait régulièrement remplacer.

La durée légale d'un remplacement ne peut, en aucun cas, dépasser un an.

Après le décès d'un pharmacien, le délai pendant lequel le conjoint survivant ou ses héritiers peuvent maintenir une officine ouverte, en la faisant gérer par un pharmacien, ne pourra excéder un an.

Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles le remplacement devra être assuré soit par des pharmaciens, soit par des étudiants en pharmacie justifiant d'un minimum de scolarité.

CHAPITRE IV.

Délivrance de médicaments par les médecins. — ART. 29. — Les docteurs en médecine établis dans les agglomérations où il n'y a pas de pharmacien ayant une officine ouverte au public peuvent être autorisés par le préfet, après avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, à avoir chez eux un dépôt de médicaments et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins les médicaments simples et composés inscrits sur une liste établie par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, après avis du conseil supérieur de l'ordre des médecins et du conseil supérieur de la pharmacie.

Cette autorisation mentionnera les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments, par le médecin, est autorisée.

Elle est toujours révocable. Elle sera retirée dès la création d'une officine ouverte au public dans le secteur intéressé.

Un délai de six mois, à compter de la date de la publication de la présente loi, est imparti aux médecins pour se mettre en règle avec les dispositions du présent article.

ART. 30. — Les docteurs en médecine béné-

ficiant de cette autorisation sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur.

Ils ne peuvent, en aucun cas, avoir une officine ouverte au public. Ils ne peuvent délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation.

Chapitre V.

Règles commerciales de la pharmacie au détail. — Art. 31. — Il est interdit aux pharmaciens ou à leurs préposés de solliciter des commandes auprès du public.

Toute commande livrée en dehors de l'officine ne peut être remise qu'en paquet scellé portant le nom et l'adresse du client.

Il est, en outre, interdit aux pharmaciens de recevoir des commandes de médicaments par l'entremise habituelle de courtiers, et de se livrer au trafic et à la distribution à domicile de médicaments dont la commande leur serait ainsi parvenue.

Art. 32. — Est interdite la vente au public de tous médicaments, produits et accessoires visés à l'article 1er de la présente loi par l'intermédiaire de maisons de commission, de groupements d'achats ou d'établissements possédés ou administrés par des personnes non munies du diplôme de pharmacien.

Art. 33. — Tout débit, étalage ou distribution de médicaments est interdit sur la voie publique, dans les foires ou marchés, à toute personne, même munie du diplôme de pharmacien.

Art. 34. — Est interdite toute convention d'après laquelle un pharmacien assure à un médecin praticien, à un chirurgien-dentiste ou à une sage-femme un bénéfice d'une nature quelconque sur la vente des produits pharmaceutiques, médicamenteux ou hygiéniques que ceux-ci peuvent prescrire.

Art. 35. — Les médicaments et produits dont la vente est réservée aux pharmaciens doivent être obligatoirement vendus au public aux prix fixés par le tarif pharmaceutique national. Le tarif est proposé par le conseil supérieur de la pharmacie et homologué par arrêté interministériel du ministre secrétaire d'État à l'Économie nationale et aux Finances et du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, suivant la procédure prévue par la loi du 23 octobre 1940.

Chapitre VI.

Limitation du nombre des officines. — Art. 36. — Un délai de six mois à compter de la date de la promulgation de la présente loi sera imparti aux propriétaires de pharmacies ouvertes ou non au public pour demander la délivrance de la licence prévue à l'article 21.

Cette licence ne pourra être refusée à ceux qui justifieront que leur établissement fonctionne conformément aux prescriptions de la présente loi.

Passé ce délai, les officines pour lesquelles ces justifications n'auront pas été apportées ainsi que celles pour lesquelles la licence n'aura pas été demandée devront être immédiatement fermées.

Art. 37. — Il sera procédé, par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, au recensement des officines pour lesquelles la licence aura été délivrée par application de l'article précédent.

Un plan de limitation du nombre des officines sera établi par le conseil régional, sur proposition du conseil de la chambre départementale des pharmaciens. Il sera soumis à l'approbation du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé. Ce plan devra tendre à fixer le nombre des officines d'après les proportions suivantes, savoir :

Une officine pour 3 000 habitants dans les villes de 30 000 habitants et plus ;

Une officine pour 2 500 habitants dans les villes de moins de 30 000 habitants et de 5 000 habitants et plus ;

Une officine pour 2 000 habitants dans tous les autres cas.

Si les besoins de la population l'exigent, des dérogations à ces règles pourront être accordées par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, après avis de la chambre départementale des pharmaciens et du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

En ce qui concerne les stations thermales ou climatiques, les préfets pourront accorder des dérogations aux mêmes règles, après les consultations visées à l'alinéa précédent.

Dans les localités importantes, la licence d'exploitation pourra imposer une distance minimum entre deux officines.

Le plan de limitation devra déterminer les officines qui, étant en surnombre par suite de l'application du présent article, devront disparaître.

Ces officines seront fermées lorsque leurs titulaires en cesseront l'exploitation. Une estimation de la valeur de l'officine sera faite par les soins du conseil de la chambre départementale en vue de fixer le montant de l'indemnité qui sera versée aux ayants droit par la caisse régionale de la pharmacie. En cas de contestation sur le montant de l'indemnité, le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé statuera en dernier ressort après avis du conseil régional.

Art. 38. — Il est créé auprès de chaque conseil régional une caisse régionale de pharmacie. Cette caisse est gérée par le conseil régional ;

elle est alimentée par une cotisation, proportionnelle aux chiffres d'affaires des officines. Les fonds ainsi réunis serviront à indemniser les propriétaires des officines supprimées en exécution du plan de limitation, à des prêts à intérêts réduits destinés à permettre l'installation de pharmaciens, à des œuvres de prévoyance et à la constitution de retraites pour les pharmaciens et le personnel employé dans les officines. Un règlement d'administration publique fixera les conditions d'organisation et de fonctionnement de ces caisses.

TITRE V

PRÉPARATION ET VENTE EN GROS DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.

CHAPITRE PREMIER.

Réglementation de l'exercice de la pharmacie dans les établissements de préparation ou de vente en gros des produits pharmaceutiques. — ART. 39. — Tout établissement qui prépare ou vend en gros soit des drogues simples ou des produits chimiques destinés à la pharmacie et conditionnés en vue de la vente au poids médicinal, soit des compositions ou préparations pharmaceutiques, doit appartenir à un pharmacien. Il peut également appartenir à une société à la condition que soient pharmaciens :

a. Dans les sociétés anonymes, le président et la moitié plus un des membres du conseil d'administration ;

b. Dans les sociétés à responsabilité limitée et les sociétés en commandite, tous les gérants ;

c. Dans les autres formes de sociétés, tous les associés ;

d. Tous les directeurs techniques, quelle que soit la forme de la société.

ART. 40. — Tout pharmacien propriétaire, gérant, administrateur d'un établissement visé par l'article précédent ne peut exercer sa profession que s'il est inscrit, suivant le cas, à la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques ou à la chambre des droguistes en pharmacie et répartiteurs de produits pharmaceutiques.

ART. 41. — L'ouverture des établissements visés à l'article 39 est subordonnée à l'octroi d'une autorisation délivrée par le préfet du département, sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, et après avis de la chambre professionnelle correspondante.

A la demande d'autorisation devront être jointes toutes pièces relatives à la propriété, aux actes de société et, le cas échéant, toutes justifications complémentaires utiles.

ART. 42. — La fabrication des compositions ou préparations pharmaceutiques, le conditionnement en vue de la vente au poids médicinal d'une drogue simple, d'un produit chimique ou d'une matière quelconque dont la vente est réservée aux pharmaciens ne peuvent s'effectuer que sous la surveillance directe des pharmaciens.

ART. 43. — Pour assurer le contrôle de la fabrication, du conditionnement et de la répartition des médicaments, les établissements visés à l'article 39 sont tenus de faire appel au concours d'un nombre de pharmaciens proportionné à l'importance de l'établissement et à la nature de son activité ; ce nombre sera fixé par un arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

CHAPITRE II.

Spécialités pharmaceutiques. — ART. 44. — On entend par spécialité pharmaceutique tout médicament préparé à l'avance et dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier portant sa composition, le nom et l'adresse du fabricant, et vendu dans plusieurs officines.

Aucune spécialité ne peut être exploitée qu'après qu'elle aura été revêtue, ainsi que les textes publicitaires la concernant, du visa du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, sur la proposition du comité technique des spécialités.

Ce comité, dont les membres sont nommés pour trois ans par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, comprend : deux membres de l'Académie de médecine, deux professeurs de faculté de médecine, deux professeurs de faculté de pharmacie, deux membres du conseil supérieur de l'ordre des médecins, deux membres du conseil de la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques, un représentant du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

ART. 45. — Dans un délai de six mois à partir de la date de la publication de la présente loi, il devra être déposé une demande tendant à obtenir, pour chaque spécialité mise en vente antérieurement à cette date, le visa prévu à l'article 44 ci-dessus.

La vente de ces produits continuera jusqu'à ce que le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé ait statué sur la demande ainsi déposée.

ART. 46. — Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles le visa sera délivré.

La demande tendant à obtenir le visa par application des articles 44 et 45 doit être accompagnée du versement d'un droit fixe de 2 000 francs. Ce droit est versé au Trésor, en contre-partie des dépenses de contrôle.

ART. 47. — La fabrication des spécialités pour lesquelles le visa a été délivré est soumise à la surveillance du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Toute modification constatée dans la composition pourra entraîner le retrait du visa et,

par suite, l'interdiction de vendre la spécialité considérée.

ART. 48. — La vente des spécialités importées de l'étranger est soumise à la même réglementation que celle des spécialités françaises.

Le contrôle, qui ne peut s'exercer à la fabrication, s'effectue sur les produits conditionnés ; lorsque les produits examinés ne seront pas conformes aux échantillons déposés en vue de la délivrance du visa, le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé pourra interdire la vente de la spécialité.

TITRE VI

INSPECTION DES PHARMACIES.

ART. 49. — L'inspection des pharmacies est exercée, sous l'autorité du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, par des inspecteurs régionaux des pharmacies.

ART. 50. — Les inspecteurs des pharmacies sont nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, sur la proposition du secrétaire général de la Santé, après un concours sur titres dont les conditions seront fixées par un règlement d'administration publique contresigné par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé et le secrétaire d'État à l'Éducation nationale et à la Jeunesse. Ils sont répartis dans les régions sanitaires, compte tenu du nombre des pharmaciens exerçant dans la région. Ils sont rattachés aux directions régionales de la Santé et de l'Assistance. Ils sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues à l'article 378 du Code pénal. Ils prêtent serment devant le tribunal civil de leur résidence.

ART. 51. — Les inspecteurs des pharmacies doivent être munis du diplôme d'État de pharmacien et n'exercer aucune autre activité professionnelle, sauf si elle s'exerce exclusivement dans un établissement hospitalier. Toutefois, ils pourront appartenir au corps enseignant des facultés ou écoles de pharmacie, ou des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

ART. 52. — Ils reçoivent une indemnité fixée par arrêté ministériel, qui sera imputée sur les crédits ouverts à cet effet au budget du secrétariat d'État à la Famille et à la Santé.

ART. 53. — Les inspecteurs des pharmacies contrôlent, dans les officines, les établissements pharmaceutiques, les dépôts de médicaments en quelques mains qu'ils soient, l'exécution de toutes les prescriptions de lois et de règlements qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie.

Ils constituent pour chaque établissement industriel ou commercial, fonctionnant sous la responsabilité d'un ou de plusieurs pharmaciens, un dossier d'inspection dont la composition sera fixée par arrêté ministériel et qui sera déposé à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance.

ART. 54. — Les inspecteurs des pharmacies signalent les infractions aux règles professionnelles constatées dans l'exercice de la pharmacie, font les enquêtes prescrites par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, ou demandées par les présidents des chambres professionnelles et des conseils régionaux institués au titre II ci-dessus.

ART. 55. — Dans tous les établissements de l'inspection desquels ils sont chargés, les inspecteurs des pharmacies ont qualité pour rechercher et constater les infractions à la présente loi et à la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes ainsi qu'aux règlements d'administration publique pris en application de celles-ci.

Dans tous les cas où les inspecteurs des pharmacies relèvent un fait susceptible d'impliquer des poursuites pénales, le directeur régional de la Santé et de l'Assistance transmet le procès-verbal dressé au procureur de la République compétent ; avis de cette transmission est adressé au président de la chambre professionnelle intéressée.

ART. 56. — Les inspecteurs des pharmacies doivent se faire suppléer par leurs collègues pour le contrôle des pharmacies ou des établissements exploités par des titulaires dont ils seraient parents ou alliés jusqu'au quatrième degré inclusivement. Il leur est interdit, tant qu'ils exercent leurs fonctions et dans un délai de cinq ans suivant la cessation de celles-ci, d'avoir des intérêts directs ou indirects dans les officines, laboratoires et établissements pharmaceutiques soumis à leur surveillance.

ART. 57. — Quiconque fait obstacle à l'exercice des fonctions de l'inspecteur des pharmacies est passible des peines prévues aux articles 1er, 5 et 7 de la loi du 1er août 1905, sans préjudice des peines prévues par les articles 209 et suivants du Code pénal.

ART. 58. — Les frais de toute nature résultant du fonctionnement des services chargés du contrôle des spécialités et du service de l'inspection des pharmacies sont couverts au moyen d'une contribution proportionnelle au chiffre d'affaires réalisé annuellement par chaque pharmacien, droguiste, répartiteur ou fabricant de spécialités. Le montant en est fixé tous les ans, par arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Le conseil supérieur de la pharmacie assure la répartition de cette contribution entre les organismes professionnels intéressés qui procèdent au recouvrement. Ces organismes sont conjointement et solidairement responsables vis-à-vis de l'État du total des sommes dues.

Le montant de la contribution est versé immédiatement au Trésor jusqu'à concurrence des dépenses effectuées pour l'inspection et le contrôle.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES *(Suite)*

TITRE VII

HERBORISTES.

ART. 59. — Il ne sera plus délivré d'inscription pour le diplôme d'herboriste après la date de la publication de la présente loi.

S'ils sont Français, les herboristes diplômés à cette date auront le droit de continuer à exercer leur vie durant.

Les herboristes diplômés peuvent détenir pour la vente et vendre pour l'usage médical les plantes ou parties de plantes médicinales, indigènes ou acclimatées, à l'exception des plantes figuarnt dans les tableaux A, B et C des substances vénéneuses visées par la loi du 12 juillet 1916.

Ces plantes ou parties de plantes ne pourront, en aucun cas, être délivrées au public sous la forme de mélange préparé à l'avance ; toutefois, des autorisations concernant le mélange de certaines plantes médicinales déterminées pourront être accordées par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

La vente au public des plantes médicinales mélangées ou non est rigoureusement interdite dans tous les lieux publics, dans les maisons privées et dans les magasins autres que les officines de pharmacie et les herboristeries.

Les herboristes diplômés resteront astreints, dans l'exercice de leur profession, aux mêmes règles que celles qui régissent la profession pharmaceutique pour la vente des produits qui les concernent.

TITRE VIII

DISPOSITIONS DIVERSES ET DISPOSITIONS PÉNALES

CHAPITRE PREMIER.

Dispositions diverses. — ART. 60. — Les syndicats, les groupements ou organismes professionnels se rapportant à la défense des intérêts de la profession pharmaceutique sont dissous.

Leur patrimoine sera attribué soit aux caisses gérées par les conseils régionaux, soit à la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques, soit à la chambre des droguistes en pharmacie et des répartiteurs de produits pharmaceutiques.

La dévolution de ces biens sera effectuée, après avis du conseil supérieur de la pharmacie, par arrêté du secrétaire d'État à la Famille et à la santé.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES *(Suite)*

Les opérations visées ci-dessus, y compris les actes d'apport, de vente ou de partage auxquels elles pourront donner lieu, sont dispensées de tous droits au profit du Trésor.

CHAPITRE II.

Dispositions pénales. — ART. 61. — Quiconque se sera livré sciemment à des opérations réservées aux pharmaciens sans réunir les conditions exigées pour l'exercice de la pharmacie par la présente loi sera puni d'une amende de 12 000 à 60 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 24 000 à 120 000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 62. — Toute infraction aux articles 16 et 18 de la présente loi sera punie d'une amende de 1 200 à 12 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 6 000 à 60 000 francs, et le tribunal devra interdire la vente du produit visé par la publicité faite en violation de l'article 17.

Sont passibles des mêmes peines, et quel que soit le mode de publicité utilisé, le pharmacien bénéficiaire et l'agent de diffusion de cette publicité.

ART. 63. — Toutes infractions autres que celles visées aux articles 61 et 62 précédents seront punies d'une amende de 1 200 à 12 000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 6 000 à 24 000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 64. — Le tribunal peut, en outre, et dans tous les cas visés par les articles 61 et 63 de la présente loi, ordonner la fermeture temporaire ou définitive de l'établissement.

Lorsque l'autorité judiciaire aura été saisie d'une poursuite par application des mêmes articles, le préfet pourra prononcer la fermeture provisoire de l'établissement.

Dans l'un et l'autre cas, s'il s'agit d'une officine, son titulaire sera tenu de présenter un remplaçant au conseil régional qui, à défaut de présentation, en désignera un d'office.

ART. 65. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente loi, et notamment le titre IV de la loi du 21 germinal an XI, les lois du 29 pluviôse an XIII, du 25 juin 1908 et du 4 septembre 1936.

ART. 66. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel de l'État français* et exécuté comme loi de l'État.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 8 juillet 1941 (suite).

Érythrodermie arsenicale et sulfamidothérapie. — M. TIXIER rapporte l'observation d'un enfant de trois ans, arriéré, qui, à la suite d'un traitement arsenical sous-cutané, eut une érythrodermie intense généralisée avec angine et température élevée : le 1162 F. amena la guérison en trente-six heures. Il en fut de même dans un cas analogue observé chez un enfant de neuf ans et demi.

Ces données nouvelles ont une grosse importance, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique.

A propos des oto-mastoïdites du nourrisson. — M. TIXIER, à propos de la discussion sur cet important sujet, insiste sur la nécessité pour les médecins de différencier l'oto-mastoïdite latente des nourrissons, qui est une chose, de la réaction mastoïdienne des otites, qui en est une autre, car la conduite à tenir est bien différente dans l'un et l'autre cas.

Emphysème total du poumon gauche par corps étranger intrabronchique. — MM. THIEFFRY, SOULAS et GERBAUX ont observé chez un nourrisson de dix-huit mois une dyspnée subite intense avec toux et cyanose ; il existait à la base gauche un coup de sifflet inspiratoire, l'examen radiologique était normal. Puis les signes fonctionnels disparurent, on nota du silence respiratoire à la base gauche tandis que la radio montrait une hyperclarté de tout le poumon gauche avec opacité relative du poumon droit considéré alors comme atélectasié. La reprise de la dyspnée, de la toux et de la cyanose, avec élévation thermique, fit pratiquer une bronchoscopie qui permit d'extraire de la bronche gauche plusieurs petits corps étrangers inclus dans la paroi : la guérison clinique et radiologique fut rapidement obtenue.

M. LÉVESQUE insiste sur la valeur pour le diagnostic entre atélectasie pulmonaire (à droite) et emphysème (à gauche) du balancement inspiratoire du médiastin vers le poumon atteint d'emphysème ; ce signe est généralement très net à la radioscopie.

Tétanie avec rachitisme traitée par une dose unique de 15 milligrammes de vitamine D_2. — MM. SERINGE, MANDE et GERBAUX rapportent l'observation d'un nourrisson de dix-huit mois atteint de tétanie à forme convulsive avec rachitisme évident et hypocalcémie ; il n'y avait pas de modifications de la phosphatasémie, ni de l'excitabilité électrique, aucune notion étiologique ne put être mise en évidence.

Après l'ingestion de la dose unique de 15 milligrammes de vitamine D_2, on nota une ascension rapide de la calcémie, qui devint normale en dix jours ; les phénomènes convulsifs ne se reproduisirent plus, le signe de Chvostek disparut en vingt jours, les lésions radiologiques du rachitisme s'atténuèrent dès le dix-septième jour et disparurent en deux mois, tout cela malgré l'évolution d'une primo-infection tuberculeuse très sévère.

M. LESNÉ insiste sur le rôle actuel du régime alimentaire, très déficient en calcium et présentant de ce fait un déséquilibre phospho-calcique important, dans l'étiologie du rachitisme ; il y a de plus à l'heure présente des troubles de l'assimilation et de la désassimilation du phosphore et du calcium.

M. MARFAN trouve, dans l'observation présentée, la confirmation de l'efficacité remarquable de la dose unique massive de vitamine D_2 pour le traitement du rachitisme et de la tétanie. Il rappelle, à ce propos, que l'avitaminose D n'est jamais alimentaire chez l'homme, mais il faut remarquer l'activité de la vitamine D donnée uniquement par la voie digestive.

M. CATHALA confirme l'action de la dose unique de vitamine D_2 qu'il a utilisée avec succès dans 4 cas ; il insiste sur cette action vraiment singulière, qui se manifeste presque immédiatement et qui se prolonge ensuite pendant plusieurs semaines.

M. PAISSEAU a récemment guéri très rapidement par cette méthode un cas de tétanie aiguë généralisée grave.

M. CLÉMENT note actuellement une plus grande fréquence du rachitisme et de la tétanie ; il compare l'action des rayons ultra-violets, de l'ergostérol irradié à petites doses, de l'huile de foie de morue et de la dose unique massive de vitamine D_2 : il admet que les effets de ces médications sont à peu près semblables au point de vue radiologique, mais l'action de la dose massive de vitamine D est beaucoup plus rapide sur l'état humoral.

Genu recurvatum congénital. — M BARCAT présente un sujet atteint de cette malformation qui est une subluxation du tibia en avant ; l'irréductibilité est la règle. Dans le cas présent, la réduction a pu être obtenue sous anesthésie générale par allongement du quadriceps.

M RŒDERER insiste sur la rareté de cette malformation, dont il n'a observé qu'un seul cas qu'il put réduire par des plâtres successifs.

Deux cas de syndrome neuro-œdémateux. Traitement par la vitamine B_1. — M. ARONDEL (de Nantes).

Syndrome neuro-œdémateux. — MM. LÉVESQUE et GRISLAIN rapportent l'observation d'un enfant qui fut atteint d'un syndrome neurologique aigu constitué par une myasthénie suivie de somnolence, de paralysie oculaire et de hoquet, avec fièvre et évolution de grands œdèmes. La vitamine B_1 fut sans action sur ces œdèmes accompagnant des symptômes encéphalitiques ; il semble bien qu'il se soit agi d'une infection à virus neurotrope, les œdèmes étant un signe d'ordre neurologique.

M. GRENET, qui a observé un cas d'œdèmes avec abolition des réflexes ayant complètement guéri en quinze jours, croit qu'il s'est agi d'une forme atypique d'encéphalite.

Syndrome neuro-œdémateux chez un nourrisson de sept mois. — MM. ROUÈCHE et MAUVOISIN rapportent l'observation d'un nourrisson qui, après une période fébrile de huit à dix jours, présenta des œdèmes durs

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

et tendus de la région lombaire et des membres inférieurs avec une paraplégie flasque. La guérison survint en quinze jours sous l'influence d'un traitement banal.

A. BOHN.

SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE

Séance du 29 juin 1941.

Péricardite constrictive traumatique. — MM. CH. LAUBRY et R. HEIM DE BALSAC ont observé des calcifications péricardiques en bandes, suivant les sillons interventriculaires et inter-auriculo-ventriculaires, chez un homme de cinquante-sept ans, grand polyblessé par projectiles intrathoraciques en 1914-1915 et 1916.

L'affection a été relativement bien tolérée pendant vingt-trois ans, jusqu'à l'apparition d'une arythmie complète durant l'hiver 1941. L'origine traumatique paraît confirmée par la coexistence d'importantes séquelles et calcifications pleurales.

Polio-encéphalite chronique avec syndrome de Stokes-Adams. — MM. M. DUVOIR, G. POUMEAU-DELILLE et VIVIEN ont observé une polio-encéphalite chronique dégénérative acquise avec syndrome de Stokes-Adams par dissociation auriculo-ventriculaire complète ; ils discutent le siège et la nature des lésions à l'origine du pouls lent.

Remarques cliniques, anatomiques et pathogéniques à propos d'un infarctus du myocarde. L'artério-névrite coronarienne. — MM. M. LOEPER, A. VARAY, R. LESOBRE et M. LE SOURD ont observé un cas d'infarctus myocardique avec souffle systolique apparu au cours de l'évolution et vraisemblablement dû à une thrombose ventriculaire : un caillot volumineux, inséré sur le foyer infarci, gênait le fonctionnement de la mitrale. L'examen anatomique montra encore une rupture du cœur sans hémopéricarde et une oblitération de l'artère interventriculaire antérieure. L'infiltration leucocytaire et plasmocytaire atteignait les filets nerveux péri-artériels, et cette artério-névrite soulève l'idée pathologique d'un double mécanisme local de thrombose vasculaire et de troubles vaso-moteurs d'origine nerveuse.

Syndrome d'oblitération artérielle aiguë chez une mitrale. Opération et opacification « post-mortem ». — MM. D. ROUTIER et R. HEIM DE BALSAC pensent que les faits observés ne peuvent s'expliquer par la pathogénie classique de l'embolie artérielle : ils confirmeraient, au contraire, le rôle capital joué par le dynamisme artériel dans les ischémies aiguës des membres.

Disparition des douleurs liées à une artérite des membres inférieurs après régularisation d'une arythmie complète coexistante. — MM. A. GAQUIÈRE et P. VIROULAUD ont vu la régularisation de l'arythmie par le sulfate de quinidine, à doses relativement élevées, amener la disparition des douleurs liées à l'artérite et une amélioration considérable de la circulation périphérique malgré un indice oscillométrique demeuré invariable.

Périodes de Luciani-Wenckebach clinostatiques de l'adolescent. — MM. CH. LAUBRY, P. SOULIÉ et CL. LAROCHE ont vu chez un enfant de douze ans apparaître, chaque fois que l'on détermine une excitation du vague (décubitus ou expiration forcée), des périodes de Luciani-Wenckebach. Inversement, l'excitation du système sympathique par l'effort, la paralysie du vague par l'atropine suppriment le trouble du rythme. L'absence de tout antécédent rhumatismal, de toute lésion valvulaire, l'intégrité du ventriculogramme et la constance du phénomène à plusieurs mois de distance amènent à conclure à un trouble purement végétatif et à rejeter l'idée d'une myocardite parcellaire de la cloison.

Thrombose coronarienne aiguë avec troubles variables de la conductibilité auriculo-ventriculaire. — MM. P. SOULIÉ, F. JOLY et P. LAUBRY ont observé une thrombose coronarienne aiguë du type T_3 avec syndrome de la coronaire droite au complet : le malade présente tantôt une dissociation du type 2/1, tantôt une dissociation complète, tantôt des périodes de Luciani-Wenckebach, tantôt des extrasystoles ventriculaires, troubles du rythme qui appartiennent en propre à une lésion haute de la coronaire droite.

Cancer primitif du cœur. — MM. E. DONZELOT et EMAM-ZADÉ rapportent une observation particulièrement rare de sarcome fibroblastique primitif du ventricule gauche.

Ils montrent que l'on doit penser à un cancer primitif du cœur quand on constate cliniquement un amaigrissement rapide avec dyspnée de décubitus et insuffisance cardiaque irréductible. C'est évidemment l'examen radiologique qui permet de confirmer ce diagnostic. Quant à l'électrocardiogramme, il ne semble pas fournir de signes caractéristiques.

Étude radiologique des artères coronaires sur le cœur « in situ » (première recherche). — MM. R. HEIM DE BALSAC et G. MARQUIS rappellent que la visibilité radiologique des artères coronaires calcifiées, sur le sujet vivant, n'est possible que grâce à une technique appropriée ; cette technique doit tenir compte de la topographie projetée de ces vaisseaux, précisée par les études faites après opacification de l'origine aortique et des artères coronaires,

L'étude sur le vivant est délicate. Les images en « brin de paille », « chenille », ou « bâtonnet », situées au sein de la masse cardiaque, non loin des bords, sont mobiles et, de ce fait, plus facilement repérables en radioscopie. Elles prêtent à confusion avec de nombreuses autres images linéaires d'origines diverses.

Un nouveau cas d'anévrysme du cœur calcifié. — MM. R. HEIM DE BALSAC et G. MARQUIS ont découvert et étudié une calcification très nette d'une coque d'anévrysme pariétal du cœur située dans la région antéro-gauche du ventricule gauche chez une femme qui, dix ans auparavant, fit un infarctus du myocarde.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS POUR MALADIES NERVEUSES

ALEPSAL. — Comprimés de phényléthylmalonylurée, belladone et caféine. Supprime les crises convulsives et les équivalents. Toujours bien supporté.

INDICATIONS. — Trois dosages : 10 cg., 5 cg. et 1 cg,5 de phényléthylmalonylurée. Épilepsie, états anxieux, troubles neuro-cardiaques, convulsions infantiles, hypertension, coqueluche.

Génévrier, 45, rue du Marché, Neuilly-sur-Seine.

BELLADÉNAL SANDOZ. — Association de phényléthylmalonylurée et de bellafoline. Sédatif nervin général et des cas résistants.

INDICATIONS. — Épilepsie, angoisse, douleur morale, angine de poitrine, asthme, etc.

Sandoz, 20, rue Vernier, Paris (XVIIe).

DRAGÉES NÉVROSTHÉNIQUES « YSE ». — Spécifique des affections nerveuses à base de P^2Zn^2, 0,002 par pilule.

H. Chatelut, pharmacien, 63, rue Louis-Blanc, Paris.

HYOSCYAMINE HOUDÉ. — Produit pur, cristallisé, défini, extrait de l'*Hyoscyamus niger.*

PROPRIÉTÉS. — Sédatif du pneumogastrique, antispasmodique, anticonvulsivant, accélérateur du cœur et de la respiration.

INDICATIONS. — Avant tout : parkinsonisme sous toutes ses formes : séquelles de l'encéphalite léthargique, où elle donne des résultats surprenants, hoquet épidémique, tremblement sénile, etc.

PRÉSENTATION. — Granules à 1 milligramme et à 1/4 de milligramme, 3 à 4 par jour, suivant la susceptibilité du sujet (ni accoutumance, ni accumulation). On peut alterner avec les granules d'Hyoscine, de Duboisine ou d'Atropine Houdé.

Laboratoires Houdé, 9, rue Dieu, Paris.

NEUROTENSYL. — COMPOSITION. — Comprimés à base de chlorhydrate de papavérine, extrait de gui, sulfate de spartéine, extrait de cratœgus, anémone pulvérisée.

INDICATIONS. — Anxiété, émotivité, hyperexcitabilité, tics et spasmes, vertiges, troubles sympathiques à la ménopause, à la puberté, à la grossesse, troubles cardio-vasculaires, arythmie, angoisse, bouffées congestives.

MODE D'EMPLOI. — Prendre, sans croquer, 2 à 3 comprimés avant les principaux repas.

Laboratoire J.-P. Petit, 72, boulevard Davout, Paris (XXe).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE. — A base de glycéro-phosphates alcalins.

PROPRIÉTÉS. — Reconstituant rationnel par suite de sa composition, qui est celle même des tissus nerveux.

INDICATIONS. — Neurasthénie, dépression et fatigue nerveuses, surmenage, convalescence, alimentation **hypophosphorée.**

Laboratoire Freyssinge, 6, rue Abel, Paris.

PASSIFLORINE. — Une cuillère à café contient 0gr,50 ext. fluide de *Passiflora* ; 0gr,25 ext. mou de *Salix alba* ; XX gouttes alcoolé de *Cratægus oxyacantha.*

ACTION. — Régularise l'influx nerveux dans le domaine du grand sympathique.

INDICATIONS. — Tous états névropathiques.

Laboratoires Réaubourg, 115, rue de Paris, Boulogne-sur-Seine.

SED'HORMONE. — Composition à base de dibromocholestérol, reconstitution des hormones bromées neuro-sédatives.

INDICATIONS. — Insomnies, surmenages, obsession, névropathies, convulsions de l'enfance, mal de mer.

POSOLOGIE. — Dragées : 4 à 6 par jour pour les adultes ; 1 à 2 par jour pour les enfants.

Sirop : 1 à 6 cuillerées à café par jour pour les nourrissons ; 1 à 4 cuillerées à soupe par jour pour les enfants de 1 à 6 ans.

Échantillons médicaux sur demande.

Laboratoires des Produits Amido, 4, place des Vosges, Paris. — Zone non occupée : *Riom (Puy-de-Dôme).*

SÉDOBROL « ROCHE ». — Extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré. Médication *bromurée dissimulée* et toujours *très bien supportée,* même à très hautes doses. *Tablettes et liquide.*

Chaque tablette ou mesure = 1 gramme NaBr.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

SERENOL. — Trois formes (liquide, comprimés, suppositoires). A base de : phényléthylmalonylurée. Hexaméthylène-tétramine. Peptones belladone, boldo, cratœgus, anémone, passiflore.

États anxieux, émotivité, palpitations, vertiges, syndrome solaire, insomnies.

DOSES MOYENNES PAR 24 HEURES. — 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 ou 3 suppositoires.

Laboratoires Lobica, 25, rue Jasmin, Paris (XVIe).

SOMNIFÈNE « ROCHE ». — Barbiturique soluble et injectable ne contenant aucun toxique du tableau B. Hypnotique et sédatif *excessivement maniable. Gouttes* (XX à LX par jour). *Ampoules* (1 à 2 par jour et plus, voies sous-cutanée profonde, intramusculaire et même endoveineuse).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris.

VALÉROBROMINE LEGRAND. — INDICATIONS. — Sédatif énergique des centres nerveux.

POSOLOGIE. — Liquide, 2 à 6 cuillerées à café par jour.

Darrasse, 13, rue Pavée, Paris.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr A. Hagen (de Plombières). — Le Dr Louis-Charles Bailleul, chirurgien de l'hôpital américain. — Le Dr Lucien Drapier (de Rethel).

MARIAGES. — M. Le François, éditeur, fait part du mariage de sa fille, Mlle Yvonne-Marie Le François, étudiante en médecine, avec M. F. Davaine, étudiant en médecine. Nos bien vives félicitations. — Le Dr F. Saint Girons fait part du mariage de M. Guy Saint Girons, son fils, avec Mlle Suzanne Defert. Nos bien vives félicitations. — M. E. Zogbi, externe des hôpitaux de la Faculté libre, avec Mlle Liane Beudin, sage-femme. — Mlle Anne Collet, fille du Dr Collet (d'Uzel, Côtes-du-Nord), avec M. E. Rigourd.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Bayart font part de la naissance de leur fils Luc. — Le Dr et Mme Brocart font part de la naissance de leur fille Blandine. — Le Dr et Mme Courtin font part de la naissance de leur fils Jean-Pierre. — Le Dr et Mme Bergouignan font part de la naissance de leur fils Michel. — Le Dr et Mme Lobel font part de la naissance de leur fille Geneviève-Solange. — Le Dr et Mme Petit-Van Aerde font part de la naissance de leur fille Martine-Françoise. — Le Dr et Mme Hermant font part de la naissance de leur fils Alain.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION GÉNÉRALE DU SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ. — M. le Dr Aujaleu (Eugène-Jean-Yves), professeur agrégé du Val-de-Grâce, est nommé inspecteur général de la Santé et de l'Assistance, en remplacement de M. le Dr Aublant, appelé à d'autres fonctions.

CIRCONSCRIPTIONS DES DIRECTEURS RÉGIONAUX DE LA SANTÉ ET DE L'ASSISTANCE. — Par arrêtés du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, les directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance dont les noms suivent ont été affectés aux régions sanitaires définies ci-après :

M. Serge Gas, en résidence à Paris : départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne.

M. le Dr Lelong, en résidence à Besançon : départements de la Côte-d'Or, de l'Yonne, de la Nièvre, de la Haute-Saône, du Doubs, du Jura (partie occupée), de Saône-et-Loire (partie occupée), de l'Allier (partie occupée), de l'Ain (partie occupée), de la Haute-Savoie (partie occupée) et du territoire de Belfort.

M. le Dr Vieilledent, en résidence à Lille : départements du Nord et du Pas-de-Calais.

M. le Dr Albertin, en résidence à Bordeaux : départements de la Gironde (partie occupée), des Landes (partie occupée) et des Basses-Pyrénées (partie occupée).

M. le Dr Merle, en résidence à Poitiers : départements des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Charente-Inférieure, de la Vienne (partie occupée), de la Charente (partie occupée), de la Dordogne (partie occupée).

M. le Dr Bianquis, en résidence à Rennes : départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord, du Finistère et du Morbihan.

M. Lanquetin, en résidence à Orléans : départements du Loiret, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, de l'Indre (partie occupée) et du Cher (partie occupée).

M. Jouany, en résidence à Toulouse : départements de la Haute-Garonne, de Tarn-et-Garonne, du Lot, de Lot-et-Garonne, de l'Ariège, du Gers, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées (partie non occupée), des Landes (partie non occupée) et de la Gironde (partie non occupée).

M. le Dr Lamy, en résidence à Limoges : départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze, de la Creuse, de la Dordogne (partie non occupée), de l'Indre (partie non occupée), de la Vienne (partie non occupée), de la Charente (partie non occupée), d'Indre-et-Loire (partie non occupée).

M. le Dr Schneider, en résidence à Châlons-sur-Marne : départements de la Marne, de la Haute-Marne et de l'Aube.

M. le Dr Cleret, en résidence à Clermont-Ferrand : départements du Puy-de-Dôme, du Cantal, de l'Allier (partie non occupée) et du Cher (partie non occupée).

M. le Dr Grenoilleau, en résidence à Montpellier : départements de l'Hérault, du Gard, de la Lozère, de l'Aveyron, du Tarn, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales.

M. le Dr Goulley, en résidence à Marseille : départements des Bouches-du-Rhône, de Vaucluse, de l'Ardèche, de la Drôme, du Var, des Alpes-Maritimes, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes et de la Corse.

M. le Dr Clavelin, en résidence à Lyon : départements du Rhône, de la Loire, de la Haute-Loire, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Isère, de Saône-et-Loire (partie non occupée) et du Jura (partie non occupée).

M. le Dr Melnotte, en résidence à Nancy : départements de Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et des Vosges.

M. le Dr Vidal, en résidence à Laon : départements de l'Aisne, des Ardennes, de l'Oise et de la Somme.

M. Haag, en résidence à Rouen : départements de la Seine-Inférieure, de l'Eure, du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

M. le Dr Triollet, en résidence à Angers : départements de Maine-et-Loire, de la Loire-Inférieure, de la Mayenne, de la Sarthe et d'Indre-et-Loire (partie occupée).

M. le Dr Boulangier, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, est adjoint à M. le Dr Clavelin, directeur régional de la Santé et de l'Assistance pour la région de Lyon.

M. le Dr Boulangier exercera plus spécialement ses fonctions dans les départements de la Haute-Savoie, de la Savoie, de l'Isère, de l'Ain (partie non occupée). Il résidera à Grenoble.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Sont nommés médecins inspecteurs de la Santé :

M. le Dr Robini (Indre). — M. le Dr Eckert (Aisne). — M. le Dr Lesaffre (Manche).

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la Santé :

Mme le Dr Lhez-Valats (Haute-Garonne). — M. le Dr Beckerich (Pyrénées-Orientales). — M. le Dr Jehanin (Orne). — M. le Dr Angelici (Aube). — M. le Dr Humann (Var). — M. le Dr Pierron (Puy-de-Dôme). — M. le Dr Petit (Oise). — Mlle le Dr Solente (Calvados). — Mlle le Dr Pougeoise (Somme).

M. le Dr Dubas, médecin inspecteur adjoint d'Eure-et-Loir, est reclassé, à compter du 1er février 1941, en qualité d'inspecteur adjoint de 3e classe.

FACULTÉS

NOMINATION DES PROFESSEURS DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — ARTICLE PREMIER. — Les professeurs titulaires des facultés de médecine sont répartis, pour l'application de l'article 5 de la loi du 15 juillet 1941, en six groupes ci-après définis :

I. — Sciences anatomiques (anatomie, histologie, embryologie).

II. — Sciences physiologiques (physiologie, chimie physiologique, physique médicale).

III. — Pathologie médicale (pathologie interne, tuberculose, pathologie digestive, dermatologie, pathologie vénérienne, pathologie exotique, neuropsychiatrie et neurochirurgie, pédiatrie, maladies infectieuses, clinique du cancer).

IV. — Pathologie chirurgicale (pathologie externe, chirurgie gynécologique, infantile, urologique, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, pathologie obstétricale).

V. — Sciences paramédicales (bactériologie, parasitologie, médecine expérimentale, anatomie pathologique).

VI. — Pratique médicale (hydrologie, hygiène, méde-

NOUVELLES *(Suite)*

cine légale, médecine sociale, pharmacologie, thérapeutique, électroradiologie).

ARTICLE 2. — Les professeurs titulaires des Facultés de médecine (section pharmacie) sont répartis, pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en deux groupes ci-après définis :

I. — Histoire naturelle pharmaceutique.

II. — Pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.

ART. 3. — Quelle que soit la nature de la chaire qu'ils occupent, les professeurs sont placés dans le groupe correspondant à l'agrégation dont ils ont subi les épreuves. Toutefois, les professeurs non agrégés sont placés dans le groupe auquel ressortit normalement la chaire dont ils sont titulaires.

ART. 4. — Les professeurs placés dans un même groupe sont consultés par écrit lors de toutes les nominations visées aux articles 3, 4, 6, 7 et 9 de la loi du 15 juillet 1941. A cet effet, leur sont communiqués les noms des candidats qui se sont déclarés après l'avis de vacance de chaire.

Chaque professeur présente deux noms placés dans l'ordre de sa préférence.

NOMINATION DES PROFESSEURS DES FACULTÉS DE PHARMACIE. — ARTICLE PREMIER. — Les professeurs titulaires des Facultés de pharmacie sont répartis, pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en deux groupes ci-après définis :

I. — Physique, chimie, toxicologie.

II. — Histoire naturelle pharmaceutique.

ARTICLE 2. — Les professeurs placés dans un même groupe sont consultés par écrit lors de toutes les nominations visées aux articles 3, 4, 6, 7 et 9 de la loi du 15 juillet 1941. A cet effet, leur sont communiqués les noms des candidats qui se sont déclarés après l'avis de vacance de chaire.

Chaque professeur présente deux noms placés dans l'ordre de la préférence.

ARTICLE 3. — Le présent arrêté entrera en application à la date du 1er janvier 1942.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Examens.

Avis très important. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un exament de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, *pour quelque motif que ce soit*, ne peut être accordée dans *les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année* (*jour de l'affichage non compris*).

EXAMENS DE MÉDECINE. — 1° Nouveau régime d'études. Session ordinaire 1914-1942 : MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 5 au 17 janvier 1942.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin l'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats peuvent s'inscrire tous les lundis et mardis, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, jusqu'au 20 mai 1942.

2° *Thèse.* — Les consignations pour la thèse sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de 14 heures à 17 heures, les lundis et mardis de chaque semaine.

La date limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse au titre de l'année scolaire 1941-1942 est fixée au 9 juin 1942.

Le dépôt des manuscrits au secrétariat sera suspendu le 2 juin. Il reprendra le 22 juin pour l'année scolaire 1942-1943.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

EXAMENS DE CHIRURGIE DENTAIRE. — Session de juin-juillet 1942.

1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 18 mai 1942.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 2 et mardi 3 mars 1942, de 14 heures à 17 heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 13 mai 1942.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 8 juin 1942.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, aux dates suivantes : lundi 9 mars 1941 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 10 mars 1942 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 11 mars 1942 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du 3e examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 3 juin 1942.

Immatriculation, inscriptions. — I. IMMATRICULATION (1). — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.) s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté,

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 240 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis, de 14 heures à 17 heures, et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de *14 heures à 16 heures.*

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise avant le 18 octobre, dernier délai, de 9 heures à midi.

En s'inscrivant, l'étudiant doit produire :

1. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur ès droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. B.

2. Acte de naissance sur timbre de moins de trois mois d'ancienneté de date.

(1) L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes et les livrets individuels délivrés aux étudiants sont strictement personnels. Ces pièces ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

NOUVELLES *(Suite)*

3. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 6 francs) doit indiquer le domicile du père ou du tuteur, dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou du tuteur).

4. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

5. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1941-1942, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures, au secrétariat (guichet n° 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trimestres : jusqu'au 18 octobre 1941.

Troisième trimestre : du 16 au 28 mars 1942.

Quatrième trimestre : du 29 juin au 11 juillet 1942.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE MÉDECINE LÉGALE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de médecine légale aura lieu à partir du samedi 11 octobre 1941, à l'Institut médico-légal. Ces travaux pratiques sont strictement réservés pour les démobilisés.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. de Léobardy, professeur de clinique médicale, est nommé, pour trois ans, à compter du 1er octobre 1941, directeur de cette école, en remplacement de M. Marcland, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1941-1942). — *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 15 janvier 1942, à 9 heures, à la salle du Conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du mardi 4 au samedi 15 novembre 1941 inclusivement (dimanches et fêtes exceptés).

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 15 novembre 1941, à 17 heures, dernier délai.

(Extraits du règlement général sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris.)

Il est ouvert, pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours distincts qui portent : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces concours.

Le jury du concours de chirurgie et d'accouchement comprend cinq membres, savoir : quatre chirurgiens et un accoucheur.

Ces membres sont pris parmi les chirurgiens et accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Pour la constitution du jury du concours de chirurgie et d'accouchement, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des chirurgiens chefs de service et des chirurgiens des hôpitaux, les noms des ophtalmologistes et oto-rhino-laryngologistes chefs de service, en exercice ou honoraires, et ceux des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux ; mais en aucun cas le jury ne comprendra plus d'un spécialiste (ophtalmologiste ou oto-rhino-laryngologiste).

Les épreuves de ce concours sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire de chirurgie ou d'accouchement, basé sur des observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé au bureau du Service de santé de l'Administration, le 15 novembre au plus tard ;

2° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de pathologie chirurgicale.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve.

Les compositions devront être écrites à l'encre bleue, noire ou violette et ne porter ni signature, ni signes distinctifs. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux. La lecture sera faite par un interne des hôpitaux désigné par l'Administration durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

En aucun cas les membres du jury ne prendront en main les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à la disposition du jury jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration ;

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme. L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats et du censeur.

Un censeur, choisi parmi les chirurgiens des hôpitaux (bureau central), est chargé, en dehors de la surveillance des candidats, que le plus jeune des censeurs assure pendant la composition écrite anonyme :

1° De procéder à l'appel des candidats et au tirage au sort de ceux d'entre eux appelés à subir l'épreuve dans la séance ;

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade ;

3° De déterminer, le cas échéant, les instruments ou appareils que le candidat peut utiliser au cours de l'épreuve.

Le candidat a un quart d'heure pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier spécial sur

NOUVELLES *(Suite)*

lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait lire dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique.

Après la dernière épreuve, les noms des auteurs de chaque copie sont découverts en séance publique ; les deux notes obtenues par chaque candidat sont publiées séparément, puis additionnées pour le classement avec la note attribuée au mémoire.

Il est pris, en vue de la dernière séance de l'épreuve, dans chaque section, une précaution spéciale, celle de réserver, obligatoirement, cinq noms de candidats au minimum pour cette séance.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient classés *ex æquo* pour l'une des trois récompenses, il y aura lieu de procéder à une épreuve supplémentaire qui consistera en une épreuve de consultation écrite anonyme qui sera subie dans les mêmes conditions que l'épreuve prévue ci-contre au paragraphe 3°.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour le mémoire	20 points.
Pour l'épreuve de composition écrite anonyme	30 —
Pour l'épreuve de consultation écrite anonyme	20 —
Pour l'épreuve supplémentaire (épreuve de consultation écrite anonyme)	20 —

Le mémoire est jugé au début du concours. A cet effet, le jury reçoit, dans les premiers jours du mois de décembre, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau deux jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur des mémoires ; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

A la suite des deux concours pour les prix ouverts à la fin de chaque année entre les internes en médecine de quatrième année, il peut être accordé deux prix et un accessit.

Le premier prix consiste en une médaille d'or et une bourse de voyage, et le second prix en une médaille d'argent. Il est accordé des livres pour l'accessit. Aucune de ces récompenses ne peut être accordée *ex æquo.*

Pour le premier et le second prix l'Administration se réserve, en raison des circonstances, d'en différer la remise.

Les deux internes en médecine qui auront obtenu la médaille d'or jouiront de la faculté de prolonger pendant une année supplémentaire leurs fonctions dans les hôpitaux. Ces deux internes pourront choisir leurs places au commencement de cette année supplémentaire. Ils ne figureront pas dans le cadre et seront adjoints, à titre supplémentaire, au service qu'ils auront choisi.

Ils auront la faculté de bénéficier de leur bourse de voyage, à leur choix, soit avant, soit après leur année supplémentaire.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour un emploi de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le mercredi 15 octobre 1941, à 9 heures du matin, rue Moreau, 13.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Guyot, chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Begard, est nommé à titre définitif à ce poste.

L'arrêté du 10 juillet 1941 portant mise en disponibilité de M. le Dr Bonnadieu, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Berr-Rechid, est rapporté.

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-commandant Raynaud est rayé des cadres.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

CRÉATION D'UN COMITÉ CONSULTATIF POUR LES DÉROGATIONS A LA LOI DU 1er AOUT 1905 SUR LA RÉPRESSION DES FRAUDES. — En cas d'urgence, par dérogation aux dispositions des règlements d'administration publique pris en vertu de l'article 11 de la loi du 1er août 1905, l'avis d'un Comité de six membres (deux choisis parmi les membres de l'Académie de médecine, deux parmi les membres du comité consultatif d'hygiène publique de France, un inspecteur général de la répression des fraudes, le directeur du Laboratoire central de la répression des fraudes) tiendra lieu de l'avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France lorsque l'autorisation de vendre des produits alimentaires d'une composition déterminée est subordonnée à une consultation préalable de ces assemblées.

Sont nommés membres de ce Comité, institué par le décret du 3 septembre 1941 :

M. Tanon, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; MM. Fabre et Damiens, professeurs à la Faculté de pharmacie de Paris ; M. Schaeffer, professeur à la Faculté des sciences de Paris ; M. Durier, inspecteur général de la répression des fraudes ; M. Bonis, directeur du laboratoire central de la répression des fraudes.

CONSEIL DE LA CHAMBRE DES DROGUISTES EN PHARMACIE ET RÉPARTITEURS DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES. — Sont nommés :

Président du Conseil de la Chambre des droguistes en pharmacie et répartiteurs de produits pharmaceutiques:

M. Lantenois (Marcel), pharmacien, à Paris.

Membres du Conseil de la Chambre des droguistes en pharmacie et répartiteurs de produits pharmaceutiques:

M. Bailly (Octave), pharmacien, à Paris ; M. Comar (André), pharmacien, à Paris ; M. Barbezat (Marc), pharmacien, à Paris ; M. Genot (Charles), pharmacien, à Paris ; M. Chareyrou (Pierre), pharmacien à Lyon ; M. Salmon (Albert), pharmacien, à Melun ; M. Danjou (Léon), pharmacien, à Lille ; M. Labussière, pharmacien, à Marseille; M. Gamel (Pierre), pharmacien, à Nîmes ; M. Lenain (Émile), pharmacien, à Paris ; M. Pouzin (Alfred), pharmacien à Paris.

COMITE TECHNIQUE DES SPECIALITÉS. — Sont nommés :

Membres du Comité technique des spécialités:

M. le professeur Goris, membre de l'Académie de médecine ; M. le professeur Loeper, membre de l'Académie de médecine ; M. le professeur Bénard, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; M. le professeur Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ; M. le professeur Delaby, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris ; M. le professeur Mousseron, professeur à la Faculté de pharmacie de Montpellier ; M. le Dr Gernez, membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ; M. le Dr Grenet, membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ; M. Pierre Poulenc, membre du Conseil de la Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques ; M. Louis Cuny, membre du Conseil de la Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques.

NOUVELLES *(Suite)*

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA PHARMACIE. — Sont nommés :

Président du Conseil supérieur de la pharmacie:

M. Papillaud (Louis), pharmacien à Paris.

Vice-président du Conseil supérieur de la pharmacie:

M. Prevet (François), pharmacien, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

Membres du Conseil supérieur de la pharmacie:

M. Blanc, pharmacien, à La Rochelle; M. Pinte (Pierre), pharmacien, à Bailleul ; M. Chauvin (Robert), pharmacien, à Lyon ; M. Morin, pharmacien, à Génelard (Saône-et-Loire) ; M. Costey, pharmacien, à Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados) ; M. Graille, pharmacien, à Marseille ; M. Ydrac, pharmacien, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) ; M. Leprince (Maurice), fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris ; M. Beytout (Pierre), fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris : M. Comar (Raymond), fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris ; M. Lanteuois (Marcel), droguiste en produits pharmaceutiques, à Paris ; M. Danjou (Léon), répartiteur de produits pharmaceutiques, à Lille.

CHAMBRE DES FABRICANTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES. — Sont nommés :

Président de la Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques:

M. Prevet (François), pharmacien, à Paris.

Membres du Conseil de la Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques:

M. Leprince (Maurice), pharmacien, à Paris ; M. Barral (François), pharmacien, à Paris ; M. Beytout (Pierre), pharmacien, à Paris ; M. Poulenc (Pierre), pharmacien, à Paris ; M. Cuny (Louis), pharmacien, à Paris ; M. Comar (Raymond), pharmacien, à Paris ; M. Cazé (Michel), pharmacien, à Paris ; M. Tabart (André), pharmacien, à Paris ; M. Plantier (Robert), pharmacien, à Annonay ; M. David (Henri), fabricant façonnier, à Courbevoie ; M. Vernin, fabricant façonnier, à Melun.

COURS ET CONFÉRENCES

Conférences de psychiatrie. — Le Dr HENRY EY, ancien chef de clinique, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, a repris ses conférences le mercredi 8 octobre.

Comme les années précédentes, les présentations de malades ont lieu tous les mercredis, à 14 heures, à la clinique des maladies mentales (professeur Laignel-Lavastine).

Les exposés théoriques se font à la bibliothèque de l'asile-clinique Sainte-Anne, le même jour, de 17 à 19 heures.

Pour les inscriptions, s'adresser à M. Fouquet, interne à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Cours de technique hématologique et sérologique, par le Dr EDOUARD PEYRE, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra seize leçons et commencera le *lundi 27 octobre 1941, à 14 h. 30,* pour se continuer les jours suivants : les séances comportent deux parties.

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées

PROGRAMME DES CONFÉRENCES : 1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine.

2. Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples.

4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoièse.

5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions).

6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques.

7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang.

8. La résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums.

9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. Dujarric de La Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

10. Réactions de fixation (B.-W.). Le principe.

11. Réactions de fixation (B.-W.). Les dosages.

12 et 13. Réactions de fixation (B.-W.). Les méthodes.

14. Les méthodes de floculation, par M. le Dr Targowla, ancien chef de clinique.

15. Cytologie des épanchements des séreuses du liquide céphalo-rachidien (réactions biologiques), par M. le Dr Targowla.

16. Les propriétés physiques appliquées au sang (*p*H, cryoscopie, viscosité, etc.).

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance du versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Cours de perfectionnement de gynécologie (Faculté de médecine de Bordeaux). — Acquisitions récentes de physiopathologie et de thérapeutique, par le professeur JEANNENEY avec la collaboration de MM. les professeurs Dubreuil, Papin, Rechou, Rocher, de MM. les professeurs agrégés Joulia, Magendie, Rivière et de MM. les Drs Irène Bernard, Cator, Georget, Hirtz, Rosset, Servantie, Traissac.

Du lundi 3 novembre au samedi 9 novembre 1941.

Démonstrations et exercices pratiques pour médecins et étudiants.

Le matin, de 10 heures à 12 h. 30 : deux leçons cliniques, avec présentation de malades, préparations, projections et une leçon de physiologie.

Le soir, de 17 heures à 19 h. 30 : un exercice pratique et un exercice de thérapeutique appliquée.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Droit d'inscription : 200 francs.

Chaire de clinique gynécologique (hôpital Broca, 111, rue Broca). Professeur : M. PIERRE MOCQUOT. — *Cours de biologie expérimentale.* — M. MORICARD, directeur de laboratoire à l'École pratique des Hautes Études, avec la collaboration de Mlle Gothié, commencera, le lundi 1er décembre 1941, un cours de biologie expérimentale appliquée à la sexualité. M. Caridroit, MM. les professeurs Chouard, Courrier, M. Girard, M. le professeur Giroud et Mme Randoin feront une conférence sur leurs recherches personnelles.

Les leçons auront lieu le matin, de 11 heures à 12 heures, et l'après-midi, de 18 heures à 19 heures. Des travaux pratiques auront lieu l'après-midi, de 16 heures à 18 heures, du 1er décembre au 11 décembre 1941.

NOUVELLES *(Suite)*

Autant que les circonstances le permettront, les élèves exécuteront des travaux histologiques, hormonaux et physico-chimiques, ainsi que certaines opérations de micromanipulation. Seuls pourront prendre part au cours et plus spécialement aux travaux pratiques les élèves qui se seront inscrits à cet effet au Secrétariat de la Faculté et auront versé les droits spéciaux.

PROGRAMME DES COURS THÉORIQUES (matin et après-midi). — *Lundi 1er décembre.* — 11 heures. M. Moricard : Bases cytologiques. — 18 heures. M. Moricard : Mitose, méiose, organisation tissulaire.

Mardi 2 décembre. — 11 heures. M. Moricard : Bases génétiques. — 18 heures. Mlle Gothié : Bases chimiques.

Mercredi 3 décembre. — 11 heures. M. Girard : Hormones sexuelles stéroïdes. — 18 heures. M. Moricard : Œstradiol (folliculine).

Jeudi 4 décembre. — 11 heures. M. Courrier : Progestérone. — 18 heures. Mlle Gothié : Testostérone.

Vendredi 5 décembre. — 11 heures. M. Giroud : Corticostérone. — 18 heures. M. Moricard : Gonadotrophines.

Lundi 8 décembre. — 11 heures. M. Chouard : Auxines. — 18 heures. M. Moricard : Méiose et gonadotrophines.

Mardi 9 décembre. — 11 heures. M. Giroud : Acide ascorbique et fonction sexuelle. — 18 heures. Mlle Gothié : Diastases.

Mercredi 10 décembre. — 11 heures. Mme Raudoin : Équilibre alimentaire et vitamine E. — 18 heures. M. Moricard : Exploration cytohormonale.

Jeudi 11 décembre. — 11 heures. M. Caridroit : Réceptivité hormonale et génétique. — 18 heures. M. Moricard : Mécanisme de l'action hormonale.

PROGRAMME DES TRAVAUX PRATIQUES (après-midi). — I. *Histologie.* — *a.* Coupes à congélation. Coloration de Rio Hortega-Van Gieson. Application aux biopsies extemporanées.

b. Exploration cytohormonale (muqueuse utérine).

c. Détection histochimique de la vitamine C. Détection de la vitamine B_2. Examen en fluorescence.

II. *Hormones (chimie et physiologie).* — *a.* Extraction chimique de différentes hormones (folliculine, gonadotrophines). Diagnostic de la grossesse.

b. Titrages biologiques. Les tests. La castration. L'hypophysectomie. Les animaux impubères.

III. *Vitamines.* — Principes de régimes. États d'animaux carencés.

IV. *Diastases.* — Activité diastasique. Mise en évidence des oxydases. Principes de microdosage. Technique de Linderström-Lang.

V. *Génétique.* — Exemples d'hérédité mendélienne. Chromosome X.

VI. *Cytologie expérimentale.* — *a.* Culture cellulaire en chambre à huile (colorations vitales).

b. Micromanipulations. Construction de micro-instruments et micro-injections.

c. Technique de microcinématographie.

VII. *Biophysicochimie.* — *a.* Mesure du *p*H, de la tension superficielle, de la tension interfaciale, de l'indice de réfraction de liquides biologiques.

b. Mesure du *p*H et du rH_2 cellulaire.

Droit d'inscription : 400 francs. Le nombre des inscriptions est limité.

Un certificat sera délivré aux élèves qui auront régulièrement suivi les travaux pratiques.

S'inscrire à la Faculté de médecine, au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes (Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris-XIVe). — 12e année, 24e session, novembre 1941 (14 leçons). Du 10 au 15 novembre 1941, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la Clinique Baudelocque.

Programme. — PREMIÈRE LEÇON. — *Lundi 10 novembre, à 9 heures,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le professeur Gougerot : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

DEUXIÈME LEÇON. — *Lundi 10 novembre, à 10 heures,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le professeur Gougerot : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultramicroscope, examen du sang, ponction lombaire).

TROISIÈME LEÇON. — *Mardi 11 novembre, à 9 heures,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Milian : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contamination.

QUATRIÈME LEÇON. — *Mardi 11 novembre, à 10 h. 15,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Organisation de la défense sociale contre la syphilis.

CINQUIÈME LEÇON. — *Mercredi 12 novembre, à 9 heures,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Janet : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. Moyens de diagnostic. Traitement.

SIXIÈME LEÇON. — *Mercredi 12 novembre, à 10 h. 15,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Cavaillon : Technique du service social. Devoirs de l'assistante sociale.

SEPTIÈME LEÇON. — *Mercredi 12 novembre, à 11 h. 30,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Milian : La syphilis occulte.

HUITIÈME LEÇON. — *Mercredi 12 novembre, à 15 heures,* à la clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal). M. le Dr Robert Rabut : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistante sociale.

NEUVIÈME LEÇON. — *Jeudi 13 novembre, à 9 heures,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Robert Rabut : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement.

DIXIÈME LEÇON. — *Jeudi 13 novembre, à 10 h. 15,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Traitement de la syphilis.

ONZIÈME LEÇON. — *Vendredi 14 novembre, à 9 heures,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Pierre Fernet : Les hérédosyphilitiques.

DOUZIÈME LEÇON. — *Vendredi 14 novembre, à 10 h. 45,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Syphilis familiale. Les enquêtes dans les familles.

TREIZIÈME LEÇON. — *Samedi 15 novembre, à 9 heures,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le professeur Gougerot : Propagande antivénérienne.

QUATORZIÈME LEÇON. — *Samedi 15 novembre, à 10 h. 30,* à l'Institut Alfred-Fournier. M. le Dr Sicard de Plauzoles : Éducation et hygiène des vénériens. Garanties sanitaires du mariage. Examen prénuptial.

Visites du Musée de l'hôpital Saint-Louis. — Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Dr Maurice Pignot, conservateur du musée, le jeudi 13 novembre, à 16 heures, et le samedi 15 novembre, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), avant le 1er novembre 1941.

Droit d'inscription : 10 francs.

École de stage de service social. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se

NOUVELLES *(Suite)*

spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

Un certificat est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

NOUVELLES DIVERSES

ÉCOLE DES INFIRMIÈRES. — Le concours annuel en vue du recrutement des élèves de l'École des Infirmières et de l'École de Préparation aux Services généraux hospitaliers de l'Assistance publique aura lieu le lundi 13 octobre 1941, à 13 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris.

Communiqué du Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé. — La Section de l'Alimentation du Comité consultatif d'hygiène, réunie à Vichy, a approuvé sans réserves et à l'unanimité les mesures envisagées et préconisées par M. le Secrétaire général de la Santé, dès le mois d'août 1940, et la distribution de vitamines A, B et C. dans la forme, aux doses et dans les conditions où elle se pratique actuellement.

Cette distribution, en conséquence, continuera à avoir lieu et sera intensifiée pendant les mois d'hiver. Un stock de ces vitamines sera, par ailleurs, réservé à l'usage thérapeutique.

Enfin, une politique d'éducation sanitaire sera suivie, afin de démontrer à la population, d'une part, l'intérêt que présente cette distribution de vitamines, d'autre part, la nécessité de tirer parti au maximum des produits naturels pour équilibrer dans les meilleures conditions son alimentation.

REVUE DES LIVRES

Les régimes des tuberculeux, par le Dr P. Ameuille, médecin de l'hôpital Cochin, à Paris. 1941. Un vol. in-8° (16,5 × 25,5) de 56 pages : 20 fr. (*J.-B. Baillière et fils, édit.*)

Les médecins, comme les malades, considèrent qu'un régime spécial fait partie du traitement de la tuberculose, et qu'il a même une très grande importance. En temps de disette alimentaire, comme celui que nous avons présentement, le régime des tuberculeux posera de graves problèmes. Est-il nécessaire, pour guérir les tuberculeux, de rationner un peu plus les non-tuberculeux ? Mais ceux-ci, sous-alimentés, risqueront de devenir plus facilement tuberculeux, et de faire des tuberculoses plus graves.

Il faut donc revoir les justifications des régimes proposés pour la tuberculose ; en critiquer les fondements expérimentaux et... psychologiques ; en estimer les résultats.

Il faut mettre en regard l'effet de la sous-alimentation sur les sujets sains, les chances qu'elle leur apporte de devenir à leur tour tuberculeux, et tuberculeux gravement atteints.

Si, en temps d'abondance, on doit tout faire pour alimenter fortement les tuberculeux, en temps de disette, on ne pourra le faire que dans la mesure des possibilités générales.

Telles sont les études contenues dans ce petit livre sur le *Régime des tuberculeux.* Elles ont pour fin de préparer les médecins à l'examen et à la solution des problèmes que présenteront dans l'avenir, comme dans le présent, les difficultés du ravitaillement alimentaire. Cet ouvrage sera lu avec le plus grand intérêt, autant par le spécialiste que par le directeur de sanatorium et le clinicien.

L'infirmière hospitalière, guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale-Bordeaux. 1941. 2e édition, revue et augmentée (*J.-B. Baillière et fils, édit.*). — Tome I : **Organisation de la profession d'infirmière, soins généraux aux malades, médecine.** 1 vol. in-8° de 213 pages avec 11 fig. : 44 fr. — Tome II : **Chirurgie, obstétrique, puériculture et médecine infantile, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, physiothérapie.** 1 vol. in-8° de 339 pages avec 18 fig. : 46 fr.

Le bienveillant accueil que cet ouvrage a rencontré auprès du monde médical suffit à démontrer sa haute valeur scientifique, alliant à une technique approfondie une pratique simple et claire. L'épuisement rapide de la première édition (moins de deux ans) est la meilleure preuve que cet ouvrage est non seulement utile mais indispensable à toute personne appelée à soigner ou à s'occuper d'un malade.

Une connaissance détaillée de la technique des soins aux malades, une instruction théorique concise et claire, voilà pour l'infirmière les deux éléments d'une formation professionnelle harmonieuse.

Ce manuel essaie de réunir la « pratique » et la « théorie » pour faciliter la tâche des élèves infirmières et leur laisser, à la sortie de l'école, un résumé de toutes les notions indispensables à un travail utile et fécond.

Il est le fruit d'une longue expérience auprès des malades et le résultat des efforts de plusieurs, avant tout de ceux de Mlle le Dr Hamilton, fondatrice de l'Ecole Florence Nightingale (1901-1934). On trouvera dans la technique exposée à côté des méthodes françaises classiques des adaptations de techniques américaines et anglaises qui entrent de plus en plus dans la pratique courante en France.

REVUE DES LIVRES *(Suite)*

Ce livre sera le guide précieux de toutes les monitrices d'écoles d'infirmières.

Il pourra aider les professeurs dans le choix judicieux qu'ils auront à faire pour l'enseignement des infirmières et aussi des sages-femmes grâce à son chapitre sur l'obstétrique.

Il contient également l'histoire du nursing depuis ses origines jusqu'à son organisation actuelle et sera ainsi un moyen de propagande pour l'Association internationale des infirmières diplômées.

Comme le dit dans sa préface M. le professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux : « Ce livre sera le vade-mecum précieux, le bréviaire inséparable pour celles que ne rebutent pas la grandeur et la servitude infirmières. »

P. R.

Le corps jaune (Étude biologique, clinique et thérapeutique), par H. SIMONNET, professeur à l'école nationale vétérinaire d'Alfort, chef du laboratoire de physiologie du Centre de prophylaxie mentale de la Seine, et M. ROBEY, interne des hôpitaux de Paris. Préface de L. PORTES. 1 vol. de 172 p., avec 19 fig. (*Masson et Cie.*)

Les auteurs ont voulu, dans cette monographie, présenter l'état actuel de l'endocrinologie du corps jaune qui occupe, parmi les glandes à sécrétion interne, une place très particulière. Il est curieux de remarquer que, considéré primitivement comme la seule formation endocrinienne de l'ovaire, le corps jaune s'est vu ravir à peu près complètement ce rôle par le follicule ovarien.

La conception actuelle met en évidence la synergie et parfois l'antagonisme entre ces deux formations. Cette conception est développée par les autres en s'appuyant sur les renseignements biochimiques, physiologiques et cliniques actuels. Le nombre et l'importance des faits évoqués dans cet ouvrage montrent combien nos conceptions en cette matière ont évolué. Une large part est faite au diagnostic des troubles de la fonction lutéinique ainsi qu'aux applications thérapeutiques., Les auteurs ont fait, dans leur étude de la physiologie du corps jaune, la plus large part aux états gravidiques.

Les régimes du nourrisson, par EDMOND LESNÉ et ROBERT CLÉMENT, 2e édition, revue et augmentée. 1 vol in-8° de 184 pages. (*Gauthier-Villars*, 1941.)

Le petit volume de MM. Lesné et Clément, qui avait eu, lors de son apparition, un légitime succès, retrouvera le même dans sa deuxième édition. Tout médecin soucieux non seulement d'appliquer les meilleures règles de diététique, mais de bien comprendre leurs motifs et leur technique exacte trouvera, dans ce livre, des renseignements précieux et particulièrement actuels.

P. L.

Contribution à l'étude du saturnisme hydrique (Une nouvelle méthode du dosage du plomb sanguin. L'intoxication saturnine par l'eau dans la région vosgienne), par JEAN HARMAND. (Thèse Nancy, juillet 1941, 370 pages, 5 planches hors texte. *Berger-Levrault, éditeur.*)

Les recherches de l'auteur ont été poursuivies depuis 1937 dans le laboratoire et sous la direction de M. le Dr Vérain, et s'attachent surtout aux procédés de dosages du plomb dans le sang et dans les eaux contaminées.

Après un historique très complet du saturnisme, l'auteur étudie dans une première partie ce qu'on appelle l'agressivité de l'eau et les facteurs qui la conditionnent, ainsi que les remèdes utiles pour corriger cette eau et éviter la corrosion des conduites.

Dans la deuxième partie, l'auteur fait la critique des divers procédés de dosages du plomb et donne les résultats que lui a donnés la polarographie proposée par Heyrovsky, de Prague, méthode très sensible, à laquelle Vérain, Harmand et Franquin ont apporté d'utiles modifications.

Enfin, l'exposé des intoxications récentes de la région vosgienne constitue la troisième partie de l'ouvrage, accompagné de suggestions utiles, épidémiologiques, prophylactiques et médico-légales.

Ce travail particulièrement important marquera dans l'histoire du saturnisme, grâce aux méthodes nouvelles et aux techniques plus précises mises ainsi à notre disposition.

P. LOUYOT.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

UN EXCIPIENT NOUVEAU EN DERMATOLOGIE (1)

Goris, dans la récente séance de l'Académie de médecine du 29 avril, a cru devoir attirer l'attention sur les difficultés d'approvisionnement en excipients dermatologiques : « Les substances destinées à la fabrication des pommades utilisées en dermatologie sont parmi celles qui font le plus défaut. La lanoline manque complètement. On espère toutefois une petite production en juin-juillet. La vaseline et la paraffine, provenant des raffinages des pétroles, ne sont plus distribuées que très parcimonieusement. Le blanc de baleine fait défaut et la cire est très difficile à trouver. L'axonge et la graisse de porc sont marchandises très rares. Les succédanés synthétiques

(1) Lactacyd des Laboratoires Lavril.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX *(Suite)*

que l'on a tenté d'employer, tels le monostéarate de diéthylène-glycol, le monostéarate de triéthanolamine, ne peuvent être préparés qu'autant que l'acide stéarique est livré aux fabricants ; or cette matière, dérivant des matières grasses et principalement des suifs, est difficile à se procurer. »

S'il est vrai que l'absence de vaseline, lanoline et les succédanés synthétiques affectent beaucoup les prescriptions journalières du praticien, il n'en est pas moins vrai qu'en ces dernières années les critiques dont étaient l'objet ces excipients ne manquaient point. Gaté, Cuilleret et Gattefosse (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1939) résument bien ces griefs du Corps médical : « Étudiés sous l'angle de leurs propriétés physico-chimiques, les topiques classiques, couramment employés dans les services de dermatologie, ne nous semblent pas adaptés à la constitution des téguments. C'est ainsi que les pommades à base de lanoline et de vaseline offrent peu d'aptitude réactionnelle vis-à-vis des protéines de la peau et, de ce fait, ne peuvent être absorbées par elle. Ces préparations sont, en effet, pour la plupart, des émulsions « d'eau dans l'huile » avec en suspension des corps actifs ou inertes. Or la peau contient 27 p. 100 de protéines, 2 p. 100 de lipoïdes et 0,5 p. 100 de matières minérales. Elle se présente donc comme un colloïde riche en eau et très pauvre en corps gras, à l'inverse des pommades en question. De plus, il faut savoir que les vaselines, et tous les hydrocarbures, saturés, en général, ne se lient à l'épiderme que par les forces d'adhésion, c'est-à-dire les moins puissantes de toutes et les plus faciles à rompre » (Przylecki).

D'autres particularités peuvent, d'ailleurs, être relevées au passif des excipients « vaseline pure » et « vaseline-lanoline ». L'application de ces pommades bloque, en effet, les groupements hydrophiles de l'épiderme, empêchant ainsi son hydratation ultérieure, comme le prouve l'expérience consistant à enduire de vaseline une feuille de gélatine, celle-ci ne gonflant plus alors en présence d'eau. Les corps gras sont, en outre, de très mauvais solvants des corps actifs introduits dans les pommades, et les corps chimiques s'y trouvent dispersés à l'état de gros fragments, de cristaux, ce qui, évidemment, ne peut que diminuer leur activité. En revanche, certains excipients émulsionnés, du type « huile dans l'eau », et certains colloïdes d'association à base d'acide stéarique qu'on utilise actuellement, se rapprochent davantage, par leur constitution, de la composition de la peau ; mais leur *p*H est au-dessus de 7 et, par ailleurs, il est impossible de les rendre acides sans les altérer complètement. En effet, les émulsions « huile dans l'eau » cassent, c'est-à-dire perdent leur homogénéité lorsqu'on descend leur *p*H au-dessous de celui du stéarate de soude, qui favorise la dispersion.

Les recherches modernes (Unna, Marchionnini, Darier, etc...), qui ont permis de découvrir une des vérités physiologiques la plus essentielle de la thérapeutique dermatologique, à savoir : l'acidité de la peau normale (*p*H : 5,2), rendent pourtant indispensable l'application d'acides à la peau.

Il a donc fallu créer des excipients à *p*H faible et pouvant supporter sans altération la présence d'acides destinés à un but thérapeutique.

Le type des excipients physiologiques fut réalisé par Lavril et présenté dès 1936 au cours du Congrès de Chirurgie (*Lactacyd Lavril*).

Il s'agit d'une association d'éthers, alcools supérieurs de la série grasse, donnant des colloïdes stables à tous les *p*H. C'est un complexe très hydrophile qui accepte l'eau en toute proportion. Il absorbe les exsudats et, surtout, il est entièrement absorbé par la peau. Il ne contient aucun corps gras et, par conséquent, ne graisse ni la peau, ni le linge. Il est toléré par les épidermes délicats. De nombreuses autres qualités en font l'excipient de choix : émulsif, il dissout les graisses et le sébum et permet de nettoyer la peau ; onctueux, il est plus doux qu'une pommade ; il est inoxydable, inaltérable, ne séchant pas à l'air.

Cet hydro-base est le principe constitutif essentiel de la préparation dermatologique appelée par Lavril *Lactacyd*. L'hydro-base absorbe son poids de lacto-sérum acidifié à *p*H 5,2, puis, par l'entremise d'un agent émulsif, on lui incorpore l'huile de flétan.

Lavril, dès 1936, avait, en dermatologie, ouvert la voie à ce que Gaté appelle (*Journal de médecine de Lyon*, mai 1939) « les excipients nouveaux ».

La raréfaction des excipients anciens aura cet avantage de généraliser l'emploi de cette nouvelle série d'excipients qui, loin d'être des « ersatz » et des solutions de fortune, constituent, au contraire, un progrès réel.

L'apparition de *Lactacyd* a marqué l'orientation de la thérapeutique vers les données précises de la physiologie cutanée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

OBLIGATIONS DES MÉDECINS CHARGÉS DES VACCINATIONS ANTIDIPHTÉRIQUE, ANTITÉTANIQUE, ANTIPARATYPHOIDIQUE ET DES EXAMENS MÉDICAUX

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ARTICLE PREMIER. — La distribution des vaccins aux médecins vaccinateurs prévus par le décret du 20 août 1941 est assurée dans chaque département par le service des vaccinations. Le chef du service inscrit sur un registre les numéros d'ordre des ampoules distribuées à chaque médecin, leur nombre et la date de leur remise.

ART. 2. — Les mineurs ou adultes à vacciner sont l'objet d'un examen médical préalable pratiqué immédiatement avant la séance, soit par le médecin vaccinateur, soit par un médecin désigné à cet effet par le préfet, sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé. Sauf le cas prévu à l'article 10 du décret du 20 août 1941, ils peuvent être dispensés de cet examen s'ils sont porteurs d'un certificat médical datant de moins de quarante-huit heures, concluant ou non à l'aptitude de la vaccination.

ART. 3. — Si l'examen médical mentionné à l'article 2 conclut à l'inaptitude à la vaccination, le certificat médical précisera le caractère définitif ou temporaire de la contre-indication et, dans ce dernier cas, la durée de celle-ci, qui ne devra pas dépasser un an.

Les sujets pour qui la vaccination aura été différée feront l'objet de séances spéciales de vaccination, à moins qu'une séance ordinaire ne se tienne avant la fin de l'année dans la commune intéressée.

ART. 4. — Les séances de vaccination collective doivent être tenues dans des locaux propres, suffisamment spacieux, bien éclairés, bien aérés, convenablement chauffés et ne recevant habituellement que des personnes saines ; ces locaux ne doivent pas être encombrés. Leur surveillance appartient aux médecins inspecteurs ou médecins inspecteurs adjoints de la Santé et aux médecins vaccinateurs.

ART. 5. — Il est recommandé en général de pratiquer les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse. Mais, quel que soit le lieu de l'injection, celle-ci doit être considérée comme une intervention à pratiquer avec des précautions rigoureuses d'asepsie chirurgicale.

ART. 6. — Lorsque des accidents viennent à se produire au cours ou à la suite des vaccinations, le médecin vaccinateur en informe immédiatement le chef du service des vaccinations, qui en rend compte d'urgence au directeur régional.

ART. 7. — A la fin de la série des injections vaccinales, la nature du vaccin, les doses et les dates des injections pratiquées seront mentionnées sur le carnet de vaccination prévu à l'article 8 du décret du 20 août 1941 ou sur le carnet de santé individuel.

ART. 8. — En dehors des prescriptions formulées par le décret du 20 août 1941, soit par le présent arrêté, les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène de France. Lesdites instructions sont remises à chacun de ces médecins par les soins de l'administration.

TITRE II

DISPOSITIONS SPÉCIALES.

1° *Vaccination antidiphtérique-antitétanique.*

(Loi du 24 novembre 1940.)

ART. 9. — La vaccination antidiphtérique-antitétanique est pratiquée à l'aide d'un mélange d'anatoxine diphtérique et d'anatoxine tétanique. L'une et l'autre doivent avoir une valeur immunisante d'au moins trente unités anatoxiques par centimètre cube, pour la première, et d'au moins vingt unités pour la seconde ; elles auront été contrôlées notamment au point de vue de leur pureté, de leur innocuité, de leur teneur en unités anatoxiques et de leur stabilité par les laboratoires de contrôle du secrétariat général de la Santé et de l'Académie de médecine.

La vaccination comporte une série de trois injections sous-cutanées, espacées de quinze jours, et une injection dite de rappel qui est faite au cours de la troisième année qui suit la première série.

ART. 10. — Les listes des assujettis annuels à la vaccination antidiphtérique et antitétanique sont établies par le maire suivant des modèles, l'un servant à la série des trois premières injections, et l'autre à l'injection de rappel.

La liste du premier modèle comprend les noms des enfants ayant au moins un an et au plus trois ans à la date du 15 mars, et ceux des enfants plus âgés qui, par suite d'une contre-indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu les trois premières injections.

La liste du deuxième modèle comprend les noms des enfants ayant au moins cinq ans et au plus six ans à la date du 15 mars, et ceux des enfants plus âgés qui, par suite d'une contre-

indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu l'injection de rappel.

ART. 11. — Un enfant n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série des trois premières injections et l'injection de rappel. Cependant l'admission dans une collectivité d'enfants ne peut être refusée à l'enfant qui, ayant été soumis à la première série d'injections, ne se trouve pas dans les limites d'âge fixées par les articles 9 et 13 pour recevoir l'injection de rappel.

ART. 12. — En cas de menace d'épidémie de diphtérie, une nouvelle injection de vaccin antidiphtérique-antitétanique pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral, sur proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

ART. 13. — A titre transitoire, pendant l'année 1942, les enfants ayant atteint au cours de cette année un âge compris entre un an et quatorze ans recevront la série des trois premières injections prévues à l'article 9. Ils subiront l'injection de rappel un an après les premières injections, sauf ceux de moins de cinq ans, qui y seront soumis ultérieurement, au cours de leur sixième année.

2° *Vaccination antityphoparatyphoïdique.*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 2.)

ART. 14. — La vaccination antityphoparatyphoïdique est pratiquée à l'aide d'un des vaccins T. A. B. dont la préparation et la mise en vente ont été autorisées dans les conditions de la loi du 14 juin 1934.

Elle comporte une série d'injections dont le nombre, variable suivant le vaccin employé, est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin. Les injections se suivront à intervalles de sept à dix jours.

ART. 15. — Les listes des assujettis à la vaccination antityphoparatyphoïdique comprennent les noms des personnes domiciliées dans la commune intéressée ou y résidant qui sont âgées de dix ans au moins et de trente ans au plus à la date d'établissement des listes.

ART. 16. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales. Les dates et les doses des injections ainsi que la nature du vaccin sont mentionnées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé individuel.

ART. 17. — En cas d'épidémie d'affections typhoïdiques, une injection de rappel pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral pris sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

3° *Vaccination triple associée.*

(Loi du 24 novembre 1940, art. 3.)

ART. 18. — La vaccination associée antidiphtérique-antitétanique - antityphoparatyphoïdique, ou vaccination triple associée, consiste à vacciner à la fois contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques au moyen d'un mélange, en proportions convenables, d'anatoxine diphtérique, d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoparatyphoïdique.

La vaccination triple associée comporte, pour les sujets qui y sont légalement assujettis, une série d'injections dont le nombre, variable suivant le vaccin employé, est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin ; les injections sont pratiquées à intervalles de quinze à vingt et un jours.

ART. 19. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales, attestée par l'inscription, sur le carnet de vaccination, des dates et des doses des injections, ainsi que de la nature du vaccin.

ART. 20. — Le secrétaire général de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 10 septembre 1941.

SERGE HUARD.

INSTRUCTIONS ANNEXES

A L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 10 SEPTEMBRE 1941 SUR LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS CHARGÉS DES VACCINATIONS ANTIDIPHTÉRIQUE, ANTITÉTANIQUE ET ANTITYPHOPARATYPHOIDIQUE ET DES EXAMENS MÉDICAUX PRÉALABLES, APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET PAR LE COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE DE FRANCE, EN APPLICATION DE L'ARTICLE 8 DE L'ARRÊTÉ SUSVISÉ.

Les vaccinations prescrites par les lois des 24 et 25 novembre 1940 (vaccination antidiphtérique et antitétanique, vaccination antityphoparatyphoïdique, vaccination antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphoïdique associées, ou vaccination triple associée) étant toutes des vaccinations par injections, utilisant une technique générale qui leur est commune et des techniques spéciales qui leur sont propres :

I. — TECHNIQUE GÉNÉRALE.

Elle comporte des indications concernant :
a. Les vaccins ;
b. Les sujets à vacciner ;
c. La pratique générale des vaccinations ;
d. Les suites de la vaccination.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

a. *Vaccins.*

Les vaccins sont délivrés en ampoules de 1 centimètre cube à 2 centimètres cubes (par boîtes de 2 ou 3) pour vaccinations individuelles, et en ampoules de 10 centimètres cubes et 20 centimètres cubes pour vaccinations collectives (par boîtes de 10). L'étiquette de chaque boîte porte un numéro d'ordre correspondant à la série de préparation et une date limite extrême d'utilisation. Pour les vaccins de l'Institut Pasteur, le numéro de série figure également sur une étiquette collée au fond de l'ampoule. Ce numéro doit être noté au moment de la distribution du vaccin et de son utilisation.

Les vaccins doivent être conservés à l'abri de la lumière et de la chaleur. Avant de les utiliser, le médecin vaccinateur doit s'assurer de l'intégrité de l'ampoule. Toute ampoule fissurée doit être rejetée. Toute ampoule ouverte doit être utilisée sans délai.

b. *Sujets à vacciner.*

La vaccination peut créer des réactions. Aussi, un examen médical préalable doit-il être pratiqué. Il sera effectué, soit immédiatement avant la vaccination, soit dans les quarante-huit heures qui la précèdent, par le médecin de famille ou un médecin désigné à cet effet par le préfet, sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Cet examen détaillé doit obligatoirement comporter une analyse d'urines (recherche d'albumine et de glycose, éventuellement d'urobiline et de sels biliaires). Cette analyse sera renouvelée avant chaque nouvelle injection.

Cet examen permettra de poser les contre-indications possibles à la vaccination : elles sont temporaires ou définitives.

Les contre-indications *temporaires* font ajourner la vaccination ; leur durée, qui ne peut excéder un an, doit être mentionnée. Elles s'appliquent aux convalescents d'affection aiguë récente, aux sujets fébriles ou présentant une maladie aiguë, aux porteurs de pyodermites ou d'eczéma, et aux femmes en période menstruelle.

Les contre-indications *permanentes* éliminent définitivement de la vaccination les sujets atteints de troubles fonctionnels ou de maladies chroniques de l'appareil respiratoire (tuberculose pulmonaire, bronchite chronique, asthme) ; de l'appareil circulatoire (endocardite chronique, myocardite, hypertension); de l'appareil rénal (albuminurie, néphrite, subaiguë ou chronique) ; de l'appareil digestif (cirrhose, hépatite chronique, subictère, lithiase biliaire) ; de l'appareil endocrinien (diabète, maladie de Basedow, etc.) ou de toutes maladies organiques graves telles que le cancer et la syphilis en évolution.

La contre-indication doit être attestée par le médecin qui a pratiqué l'examen et qui signe un certificat concluant à son caractère temporaire ou permanent. Ce certificat devra être présenté par l'intéressé ou son représentant à la séance de vaccination, à moins qu'il n'ait été remis à la mairie avant la séance.

La veille de la vaccination, le sujet à vacciner sera mis au repos et soumis à une alimentation légère, surtout au repas du soir.

c. *Pratique des vaccinations.*

1° Dispositions techniques.

Matériel. — Les injections vaccinales doivent être pratiquées avec une asepsie rigoureuse. Seringues et aiguilles seront soigneusement stérilisées, soit par ébullition prolongée pendant dix minutes dans une solution de borate de soude à 2 p. 100, soit à sec.

Les seringues utilisées seront de préférence des seringues de 2 à 3 centimètres cubes, l'emploi de seringues de 10 centimètres cubes et de 20 centimètres cubes est interdit.

Les aiguilles seront courtes ; un jeu assez important sera prévu, en calculant sur la base d'une aiguille pour quatre sujets.

Seringues et aiguilles seront, après stérilisation, placées dans l'alcool à 90° pendant la séance. Les aiguilles seront changées pour chaque sujet et fixées à la seringue uniquement à l'aide d'une pince stérile. Toute aiguille utilisée est placée dans l'alcool à 90°, où elle doit séjourner cinq minutes au minimum avant d'être utilisée à nouveau.

Technique. — 1° Badigeonner avec de la teinture d'iode l'ampoule de vaccin au niveau de son sol ; briser celui-ci en traçant un trait de lime et en donnant un coup sec sur l'extrémité effilée à l'aide de ciseaux ou d'une clef ;

2° Placer l'ampoule sur un support ;

3° Aspirer directement le vaccin à l'aide de la seringue montée avec de strictes précautions d'asepsie. Il est interdit de verser le contenu de l'ampoule dans un autre récipient (verre de montre ou récipient à large ouverture) ;

4° Le lieu classique de l'injection est la région externe de la fosse sous-épineuse, ou encore la région qui avoisine le bord externe de l'omoplate. L'asepsie de la peau sera assurée par une couche de teinture d'iode appliquée quelques minutes avant l'injection ;

5° Le sujet sera vacciné *assis*. Enfoncer l'aiguille de 2 centimètres environ en s'assurant par sa mobilité qu'elle a dépassé le derme et qu'elle n'a pas pénétré dans le muscle. Vérifier qu'il ne s'écoule pas de sang ;

6° Pousser l'injection très lentement. Retirer l'aiguille. Ne pas masser la région et badigeonner le lieu d'injection à la teinture d'iode ;

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

7° De temps en temps, l'opérateur passera sur ses doigts un tampon de gaze stérile imbibé d'alcool à 90° ;

8° Les heures les plus favorables pour la vaccination sont, le matin, de dix heures à douze heures, et l'après-midi, de quinze heures à dix-sept heures.

2° *Dispositions administratives.*

Le médecin vaccinateur devra mentionner sur les deux exemplaires des listes d'assujettis qui lui sont remis par le maire à la séance de vaccination, en regard de chaque nom, soit la contre-indication permanente, soit la contre-indication temporaire en fixant sa durée, soit la mention d'aptitude à la vaccination, les unes ou l'autre prononcées après examen médical préalable. Il sera obligatoirement inscrit les indications suivantes : nature du vaccin, doses, dates et injections. Ces dernières mentions seront également portées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé.

Le carnet de vaccination ne sera délivré et signé, le carnet de santé ne sera signé qu'une fois la première série des injections vaccinales complètement terminée.

Les exemplaires des listes ainsi complétées seront remis au maire qui en adressera un au préfet (service des vaccinations) et utilisera l'autre pour mettre à jour le fichier des vaccinations.

d. *Suites de la vaccination.*

Le sujet vacciné devra, le jour et le lendemain de l'injection, être mis au repos et éviter toute fatigue. Son alimentation sera légère, lacto-végétarienne pendant ces deux jours ; il prendra des boissons abondantes, mais toute boisson alcoolisée lui sera interdite. Il ne devra en aucune façon s'exposer au froid.

Les réactions vaccinales peuvent être locales ou générales. Les réactions locales : douleurs, œdème, rougeur au point d'injection, seront traitées par les pansements humides chauds ; les réactions générales, par le repos au lit, la diète lactée, les toni-cardiaques.

Toute réaction anormale et tout accident de vaccination seront immédiatement signalés par le médecin vaccinateur ou le médecin traitant au chef du service des vaccinations.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1941.

Notice nécrologique. — M. BOURGUIGNON donne lecture d'une notice sur JEAN GAUTRELET.

Traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale. — MM. J. LHERMITTE et J. GUILLAUME rapportent deux observations d'apoplexie progressive d'évolution extrêmement grave. Dans l'hypertension avec stase des papilles, une petite trépanation temporo-pariétale fut pratiquée qui permit de pratiquer une section des circonvolutions cérébrales œdématiées et d'enlever caillot et sang liquéfiés. La guérison complète fut obtenue très rapidement ; les auteurs insistent sur la nécessité de choisir les cas favorables, c'est-à-dire ceux qui correspondent à l'hématome intracérébral circonscrit. Les apoplexies qui résultent d'une hémorragie secondaire à l'encéphalomalacie ne se prêtent pas à cette intervention.

Sur la production des sérums antivenimeux au moyen des anavenins spécifiques et des substances adjuvantes de l'immunité. — MM. G. RAMON, P. BOQUET, R. RICHOU, L. NICOL et Mme M. DELAUNAY-RAMON. — Des essais relatés par les auteurs et des exemples qu'ils donnent il ressort que des sérums antivenimeux de diverses sortes dirigés respectivement contre les venins de *Vipera aspis*, de *Cobra*, de *Naja-Haje*, de *Cerastes cornutus* peuvent être obtenus en l'espace de quatre à six semaines chez le cheval immunisé au moyen de l'anavenin spécifique additionné soit de tapioca, soit de tanin, alors que jusqu'ici il fallait, pour préparer des sérums d'une activité équivalente, six à dix mois d'immunisation, c'est-à-dire en moyenne huit fois plus de temps, en utilisant, comme on le faisait dernièrement, la technique surannée des injections multiples de venin non modifié.

Ces résultats comparatifs permettent de mesurer à la fois les perfectionnements réalisés et les avantages que présente l'utilisation des anavenins et des substances stimulantes de l'immunité dans l'obtention des sérums antivenimeux destinés à l'usage thérapeutique. Comme ceux qui ressortent de l'emploi des anatoxines et des mêmes substances adjuvantes dans la préparation des sérums antidiphtériques et antitétaniques, ces avantages sont particulièrement précieux dans les temps présents.

Cultures microbiennes cryptogéniques et création d'arséno-résistance « in vitro ». — M. MILIAN et Mme NOURY. — Lorsqu'on ensemence du staphylocoque ou du streptocoque sur des tubes de bouillon renfermant un demi-milligramme à 2 centigrammes de novarsénobenzol ou d'arséniate de soude, les tubes de culture restent clairs et paraissent stériles, comme si l'arsenic avait tué le microbe ensemencé.

Mais, si l'on ensemence une trace de bouillon arsénié apparemment stérile sur du bouillon pur, on constate que le staphylocoque et le streptocoque y poussent normalement, comme s'ils sortaient d'une culture ordinaire, c'est-à-dire que le tube se trouble en vingt-quatre heures.

L'arsenic a donc empêché le développement des cocci, mais ne les a pas tués (culture cryptogénique, véritable microbisme latent), puisqu'ils sont capables de repulluler en milieu ordinaire.

En partant de ces cultures cryptogéniques, on arrive progressivement à faire pousser le staphylocoque directement sur des milieux renfermant 2 centigrammes d'arséniate de soude, alors qu'il suffit de 0mgr,5 pour empêcher le développement d'une race ordinaire. Il y a donc création *in vitro* d'une race microbienne arséno-résistante.

Vaccination antirabique des chiens après morsure. — MM. REMLINGER et BAILLY.

Recherches sur l'histophysiologie des plèvres médiastinale et scissurale chez l'homme. — MM. POLICARD et GALY.

VARIÉTÉS

LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN 1940 ET 1941

Le mercredi 8 octobre, au club du Lido, dans une conférence de presse à laquelle étaient convoqués les représentants de la presse médicale, le Dr Blümm, représentant les Services sanitaires allemands, a montré la grande tâche qui s'imposait aux autorités occupantes lors de l'armistice et de l'exode ; il a montré également les dangers qui menaçaient la santé publique ; ces dangers, grâce à la collaboration des services sanitaires franco-allemands, ont pu être évités. Il a fallu remettre en état les canalisations d'eau et refaire les transformateurs, lignes électriques, etc. L'éventualité d'épidémies redoutables était, en effet, à craindre. Un travail acharné des médecins allemands, conjugué avec celui des médecins français, a pu arriver aux résultats heureux fort nombreux. L'orateur en rappelle quelques-uns : déblaiement de la zone de destruction ; lutte contre les mouches, qui pullulaient, et qui étaient susceptibles de propager des épidémies dangereuses ; mise en sûreté des médicaments laissés dans des pharmacies ou hôpitaux abandonnés ; bétail nourri, soigné ; rapatriement des réfugiés, leur exode constituant un danger permanent pour la santé publique ; rapatriement rapide des médecins français réfugiés en zone non occupée ; soins à la population des régions du Nord et de l'Est de la France ; contrôle médical pour tout ouvrier français allant travailler en Allemagne.

Tel est, en résumé, pour l'orateur, l'effort considérable fourni par les praticiens allemands et français. Le Dr Blümm a terminé en remerciant l'administration et les médecins français de l'étroite collaboration qu'ils ont pratiquée avec le Service sanitaire allemand.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Mme Piquard, épouse du Dr Marcel Piquard et parente du Dr Zizine. — Le médecin-lieutenant-colonel Le Bourhis. — Le Dr Bouvet, médecin honoraire des hôpitaux. — M. le Dr Galli. — M. P.-E. Huyard, beau-père du Dr Jean Auché. — Le Dr Philippe Neel, ancien interne des hôpitaux, médecin des écoles de la Ville de Paris. — Le Dr M. Marcille, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de chirurgie. — Le professeur Otfrid Fœrster, l'éminent neuro-chirurgien de Breslau.

MARIAGES. — M. Maurice Le Sourd, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Anne-Marie Labouret. La bénédiction nuptiale leur a été donnée en la chapelle de l'archevêché, par S. Em. le cardinal Suhard. Nos bien vives félicitations. — Le Dr Henry Roullaud, avec Mlle Geneviève Louvard.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Larcher, M. et Mme Heudebert font part de la naissance de leur petite-fille et fille Nicole. — M. et Mme E. Keller font part de la naissance de leur fille Françoise. M. Keller est le sympathique directeur des Laboratoires Cruet. Nos bien vives félicitations. — Le Dr et Mme Didier-Fourmont font part de la naissance de leur fils Patrick. — Le Dr et Mme Jacques Dubarry font part de la naissance de leur fille Brigitte. Avec nos meilleures félicitations. — M. J. Granier, externe des hôpitaux de Paris, et Madame, font part de la naissance de leur fils Philippe. — Le Dr René Piédelièvre, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre du Comité de *Paris médical*, et Madame font part de la naissance de leur sixième enfant, Christian. Nous adressons au Dr et à Mme Piédelièvre, ainsi qu'au professeur Claude, nos bien sincères félicitations. — Le Dr et Mme Le Gac font part de la naissance de leur fille Michelle. — Le Dr et Mme Bleicher font part de la naissance de leur fils Bernard. — Le Dr et Mme Badinier font part de la naissance de leur fils Yves.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. — A la date du 30 septembre 1941, est acceptée la démission de M. le Dr Pélissier, inspecteur général de la Santé, qui est nommé inspecteur général honoraire de la Santé.

M. le Dr Leclainche, inspecteur général de la Santé, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Ville-Évrard, est réintégré dans les fonctions d'inspecteur général de la Santé, en remplacement de M. le Dr Pélissier, démissionnaire.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Sont affectés :

Au département du Rhône : M. le Dr Schmutz, inspecteur de Saône-et-Loire.

Au département des Bouches-du-Rhône, M. le Dr Petit, inspecteur de l'Ardèche.

Comité consultatif d'hygiène de France. — M. Pierre Urbain, chef de travaux à l'Institut d'hydrologie et de climatologie, maître de recherches au Centre national de la recherche scientifique, est nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France (section des stations hydro-minérales, climatiques et uvales), en remplacement de M. le professeur Rathery, décédé.

Centres régionaux d'éducation sanitaire. — Des centres régionaux d'éducation sanitaire sont créés à Bordeaux, à Lyon et à Marseille, sous l'autorité des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

Sont nommés directeurs des centres régionaux d'éducation sanitaire :

A Bordeaux, M. le Dr Ferdinand Piechaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

A Lyon, M. le Dr Pierre Delore, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

A Marseille, M. le Dr Jacques Sautet, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Répartition des attributions entre les différents bureaux du secrétariat à la Famille et à la Santé. — La répartition des attributions entre les différents bureaux du secrétariat général de la Santé est fixée comme suit :

Direction de la Santé.

Premier bureau : professions médicales et paramédicales. Laboratoires, thermalisme.

Deuxième bureau : hygiène publique et épidémiologie.

Troisième bureau : hygiène sociale. Lutte antituberculeuse, antivénérienne et anticancéreuse, lutte contre l'alcoolisme.

Quatrième bureau : protection maternelle et infantile.

Cinquième bureau : hygiène de l'habitation. Lutte contre le taudis.

Section centrale des assistantes médico-sociales et des infirmières.

Formation et coordination des assistantes médico-sociales et des infirmières.

Services de l'Assistance.

Premier bureau : aliénés, aveugles, assistance aux vieillards, assistance médicale gratuite.

Deuxième bureau : assistance à la maternité et à la naissance. Allocations militaires.

Troisième bureau : organisation et équipement hospitalier. Établissements nationaux d'assistance. Bureaux de bienfaisance.

Quatrième bureau : assistance aux enfants.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Élection.* — Le conseil de la Faculté, dans sa séance du 9 octobre 1941, a proposé :

Pour la chaire de clinique chirurgicale : M. Cadenat.

Pour la chaire de clinique cardiologique : M. Donzelot.

Pour la chaire de clinique thérapeutique chirurgicale : M. Brocq.

Pour la chaire de clinique obstétricale : M. Portes.

Pour la chaire de clinique chirurgicale et orthopédique infantile : M. Leveuf.

Pour la chaire de médecine légale : M. Duvoir.

Pour la chaire de pathologie chirurgicale : M. Jean Quenu.

Pour la chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance : M. Cathala.

Pour la chaire de bactériologie : M. Gastinel.

Examens. — *Session d'octobre* 1941 (5e *année*). — Thérapeutique : écrit, 21 octobre; oral à partir du 25 octobre.

Hygiène : oral, 22 octobre.

Médecine légale : oral, 23-24 octobre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — **Médaille du professeur G. Petges.** — A l'occasion de l'honorariat de M. le professeur G. Petges, ses collègues, ses élèves et ses amis ont pensé lui témoigner leur affection et leur reconnaissance en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au maître bordelais Chrétien.

Prière d'envoyer les souscriptions avec la mention « Médaille du professeur Petges », par chèque postal, au Dr Mougneau, C. C. P. 21844, Bordeaux, 17, cours de Verdun, ou au laboratoire de la clinique dermatologique, à l'hôpital Saint-André.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille. La date de la remise de la médaille sera fixée ultérieurement.

NOUVELLES *(Suite)*

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ DE LILLE. — La Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, qui n'a pas cessé de fonctionner depuis 1939, malgré les circonstances difficiles, grâce à l'activité et au dévouement de son personnel, est aujourd'hui entièrement réorganisée.

Tous les enseignements y seront donnés au cours de l'année scolaire 1941-1942 d'une manière normale et correspondront entièrement aux programmes imposés.

Les cours et les travaux pratiques commenceront le 3 novembre 1941.

Les inscriptions seront prises jusqu'au 29 octobre.

Les enseignements spéciaux continueront à y être donnés en vue des diplômes de *médecine légale* et de *psychiatrie médico-légale, d'hygiène* et de *médecine sociale*, de *chirurgien-dentiste* et de *sage-femme*.

Le Secrétariat de la Faculté, 1, rue Jean-Bart, à Lille, fournira tous les renseignements utiles, sur simple demande.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'Internat 1941. — *Composition des jurys en sections.*

Anatomie : MM. les Drs Hautant, président ; Guimbellot, Redon, Launay.

Pathologie médicale : MM. les Drs Gandy, président ; Decourt, Chevalley, Lenègre.

Pathologie chirurgicale : MM. les Drs Gouverneur, président ; Banzet, Gueullette, Sureau.

Anatomie. — Question sortie : no 2, Anatomie macroscopique et rapports du duodénum.

Questions restées dans l'urne : No 1. Nerf sciatique poplité externe et ses branches sans sa physiologie.

No 3. Nerf récurrent droit sans physiologie, sans embryologie et sans histologie.

No 4. Nerf grand hypoglosse à partir de son origine apparente avec ses branches et avec sa physiologie.

No 5. La glande sous-maxillaire avec son canal excréteur sans physiologie et sans histologie.

No 6. Tronc du nerf radial avec ses branches et sa physiologie.

No 7. Artère utérine.

No 8. Articulation tibio-tarsienne avec sa physiologie.

No 9. Tronc de l'artère carotide externe et origines de ses branches.

Pathologie chirurgicale. — Question sortie : No 6. Signes, diagnostic et traitement des calculs du cholédoque.

Questions restées dans l'urne : No 1. Les hémorragies de la grossesse extra-utérine.

No 2. Hernie crurale étranglée.

No 3. Signes et diagnostic du cancer ilio-pelvien.

No 4. Signes et diagnostic du cancer du rein.

No 5. Signes, diagnostic et indications opératoires de la perforation des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre.

No 7. Hémothorax traumatique.

No 8. Fractures de Dupuytren récentes.

No 9. Rupture traumatique de l'urètre chez l'homme.

Pathologie médicale. — Question sortie : No 9. Signes et diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques.

Questions restées dans l'urne : No 1. Endocardite maligne à forme lente.

No 2. Signes et diagnostic des dilatations des bronches.

No 3. Œdème aigu du poumon.

No 4. Symptômes, diagnostic et traitement du tétanos.

No 5. Formes cliniques, diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë.

No 6. Formes cliniques et diagnostic de la scarlatine.

No 7. Symptômes, évolution et traitement du goitre exophtalmique.

No 8. Accidents pleuro-pulmonaires des cardiopathies dans l'anatomie pathologique.

INSTITUT DÉPARTEMENTAL DE BACTÉRIOLOGIE DES BOUCHES-DU-RHONE. — Avis de concours. — Un concours sur titres et sur épreuves (une de bactériologie et une de biologie) s'ouvrira à la préfecture des Bouches-du-Rhône, pour le recrutement d'un médecin-directeur de l'Institut départemental de bactériologie, le 5 janvier 1942.

Concours ouvert aux docteurs en médecine français âgés de trente à cinquante ans. Traitement des chefs de division de la préfecture. Inscriptions jusqu'au 6 décembre 1941. Renseignements : inspection de la Santé des Bouches-du-Rhône, 4, rue Edmond-Rostand, Marseille.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — Par arrêté du 5 septembre 1941, l'arrêté du 10 juillet 1941 portant mise en disponibilité de M. Donnadieu, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Berr-Rechid, est rapporté.

Par arrêté du 16 septembre 1941, M. Guyot, chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Begard, est nommé à titre définitif à ce poste, à compter du 20 août 1939.

M. le Dr Masson est nommé médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron.

Internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Un concours pour 21 places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale) s'ouvrira à Paris, le 6 novembre 1941.

Le nombre des places mises en concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine ; Service des Établissements départementaux assistance, 1er Bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 1er au 18 octobre 1941.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance et une photographie d'identité ; 2° certificat de revaccination antivariolique ; 3° diplôme de docteur en médecine ou certificat de 16 inscriptions prises dans une faculté ou école de médecine de l'État. Le certificat d'inscription devra indiquer, en outre, qu'l'intéressé n'a pas subi de peine disciplinaire grave ; 4° certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire ou, à Paris, par le commissaire de police du quartier ; 5° certificat de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, ou d'un établissement hospitalier de province, indiquant les services hospitaliers du candidat, constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave ; 6° certificat de situation militaire ; 7° certificat de vaccination antityphoïdique de date récente ; 8° certificat de vaccination antidiphtérique de date récente.

Les candidats devront, en outre, n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er octobre.

Ils devront remplir les conditions prévues par les lois des 17 juillet (nationalité), du 13 août 1940 (associations secrètes) et du 2 juin 1941 (statut des juifs).

La durée des fonctions des internes est de deux ans ; celle des fonctions d'internes provisoire, d'une année.

A la fin de la deuxième année, les internes titulaires

NOUVELLES *(Suite)*

peuvent être maintenus en fonctions pendant deux périodes successives d'une année.

Les traitements alloués aux internes sont : internes de première année : 9 500 fr. ; internes de deuxième année : 9 900 fr. ; internes de troisième année : 10 300 fr. ; internes de quatrième année : 10 700 fr.

Les internes reçoivent, en outre, l'indemnité de résidence de 4 600 fr. à Paris et de 3 225 fr. pour les autres établissements. Les internes reçoivent une indemnité de déplacements de 900 fr. pour les asiles de Villejuif, Vaucluse, Ville-Évrard, Maison-Blanche et Moisselles. Les internes qui sont logés dans l'établissement subissent une retenue de 980 fr. sur leur traitement et de 13 fr. 75 sur l'indemnité de résidence. Ils bénéficient, en outre, du supplément temporaire de 4 500 francs.

SANATORIA. — M. le Dr Rauzier est nommé médecin-directeur au sanatorium Ferraille (Aveyron).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS (*Séances plénières.*) — Les séances plénières de la Société médicale des hôpitaux de Paris auront lieu les 7 et 8 novembre prochain avec le programme ci-dessous :

Vendredi 7 novembre. — Matin : Les cortines de synthèse.

Pharmacologie des cortines. Rapporteur : M. Sannié.

Application médicale des cortines. *a.* Au traitement des insuffisances surrénales. Rapporteur : M. de Gennes ; *b.* En dehors des insuffisances surrénales. Rapporteur : M. Brodin.

Après-midi : Les glycosuries hypophysaires.

Physiologie, pathologie et étude clinique des troubles de la glycorégulation d'origine hypophyso-thalamique. Rapporteur : M. Sainton.

La radiothérapie des glycosuries d'origine hypophyso-thalamique. Rapporteurs : MM. Delherm et Thoyer-Rozat.

Samedi 8 novembre. — Matin et soir : Les hépatites professionnelles.

Étude étiologique et clinique des hépatites professionnelles. Rapporteurs : MM. Duvoir, Desoille et M. Gaultier.

Étude expérimentale des intoxications par les produits chlorés. Rapporteur : M. Noël Fiessinger.

L'atteinte du foie dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié. Rapporteur : M. Léon Binet.

Existe-t-il une hépatite benzolique ? Rapporteurs : MM. Marcel Perrault et Cottet.

Sauf avis contraire, les séances auront lieu 12, rue de Seine, à 9 heures et à 14 heures.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE. — La Chambre des médecins du Reich nous fait connaître que la Société allemande de gynécologie se réunira, du 27 au 31 octobre, à Vienne.

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Liste des étudiants en médecine et en pharmacie nommés élèves du service de santé de la marine.

Ligne médicale.

MM. Lapalle, Brun, Guicheney, Journiac, Verron, Hameury, Trucy, Miletto, Rey, Chauvin, Helaine, Usannaz-Joris, Taillefer, Curcier, Marguet, Laplane, Peyrot, Parodi, Verne, Salles, Quillichini, Boubé, Fontayne, Meunier, Iches, Francou, Doucet, Liron, Valembois, Saout, Voelkel, Sandot, Garrigue, Diallo, Varache, Mazelaygue, Navarranne, Charpentier, Gaussen, Pin, Gelis, Camo, Le Henand, Béretti, Aversenq, Franco, Caille, Rimbaud, Juhel, Bourdin, Peuchot, Lasceve, Braud, Gallien, Bruzat.

Ligne pharmaceutique.

Candidat à huit inscriptions.

M. Lasjunies.

Candidat à quatre inscriptions.

M. Acker.

Candidats stagiaires.

MM. Le Polles, Boureau, Usannaz-Joris, Pont.

Tous ces élèves devront se présenter au médecin-général directeur de l'école principale du service de santé de la marine, à Montpellier, Cité universitaire, le mercredi 15 octobre 1941, munis des pièces indiquées sur la convocation individuelle qui va leur être adressée.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Travaux du Conseil supérieur de l'Ordre (*Communiqué*). — Au cours de sa dixième session, le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins a d'abord créé des licences de remplacement pour les étudiants en médecine qui seront soumis à la juridiction de l'Ordre pendant la durée de leur remplacement et donné des instructions précises aux Conseils départementaux à ce sujet.

Parmi de nombreuses autres questions, le Conseil supérieur a étudié l'organisation de la chirurgie, le statut-type des contrats avec les collectivités, le projet de loi créant la Caisse d'entr'aide et de prévoyance pour le Corps médical.

Enfin, le Conseil supérieur a pris connaissance des questions étudiées à la réunion d'Aix-les-Bains par les présidents et secrétaires des Conseils départementaux de la zone non occupée et, en particulier, des demandes de relèvement de tarifs.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique gynécologique, hôpital Broca (Fondation de la Ville de Paris). — Professeur : M. MOCQUOT. — M. Pierre Mocquot, professeur, commence l'enseignement clinique le lundi 20 octobre 1941, à 9 h. 30, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca.

Lundi, mercredi, vendredi : Consultation de gynécologie à 9 h. 30 ; opérations à 10 heures.

Mardi : Opérations par les assistants à 10 heures.

Jeudi : Examen des malades à 10 heures ; consultation d'endocrinologie à 11 heures.

Samedi : Hystéro-salpingographies à 9 h. 30 ; examen des malades à opérer à 10 heures ; leçon clinique à 11 heures.

Cours de clinique chirurgicale, hospice de la Salpêtrière. — Professeur : M. A. GOSSET. — M. le professeur A. Gosset, assisté du Dr P. Funck-Brentano, agrégé, commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 23 octobre 1941, à 11h. 15, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — *Mercredi.* 10 heures : Opérations par le professeur.

Vendredi. 11 heures : Radiodiagnostic, par M. Ledoux-Lebard.

Mardi et samedi. 10 heures : Opérations par les assistants.

Samedi. 10 heures : Présentation de pièces par M. Ivan Bertrand.

Tous les jours, à 9 h. 30, conférence de sémiologie chirurgicale.

AVIS

Confrère serait acquéreur de bicyclette d'enfant (dix ans), en bon état. Faire offre au journal.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

OBLIGATIONS DES MÉDECINS CHARGÉS DES VACCINATIONS ANTIDIPHTÉRIQUE, ANTITÉTANIQUE, ANTIPARATYPHOIDIQUE ET DES EXAMENS MÉDICAUX *(suite)*

II. — TECHNIQUES SPÉCIALES.

A. — *Vaccination antitétanique-antidiphtérique.*

(Loi du 24 novembre 1940, art. 1er et 2.)

a. *Vaccin.* — Vaccin mixte antidiphtérique-antitétanique de l'Institut Pasteur présenté en boîtes de 3 ampoules de 2 centimètres cubes (vaccinations individuelles) et en boîtes de 10 ampoules de 10 centimètres cubes ou de 20 centimètres cubes (vaccinations collectives).

Vérifier d'une façon particulière la limpidité du contenu (toute ampoule trouble doit être rejetée).

b. *Technique de la vaccination.* — Trois injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes chacune à quinze jours d'intervalle. Employer des aiguilles fines (6/10 de millimètre).

Si, pour une raison quelconque, la série des injections vaccinales a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

Le vaccin antidiphtérique-antitétanique ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection antérieure de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

La vaccination n'est complète qu'après une injection de rappel de 2 centimètres cubes pratiquée au cours de la sixième année d'âge.

B. — *Vaccination antityphoparatyphoïdique.*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 2.)

a. *Vaccin.* — Divers vaccins peuvent être utilisés dont le choix est laissé à l'approbation du directeur général de la Famille et de la Santé.

Les ampoules doivent être soigneusement agitées avant l'emploi.

b. *Technique de la vaccination.* — Elle varie suivant l'âge des sujets à vacciner.

1° Enfants au-dessous de quinze ans ; trois injections successives, avec un intervalle de sept à dix jours :

Première injection : 1/4 de centimètre cube.
Deuxième injection : 1/2 centimètre cube.
Troisième injection : 1 centimètre cube.
Injection de rappel : 1 centimètre cube.

2° Les enfants au-dessus de quinze ans et adultes : trois injections successives, avec un intervalle de sept à dix jours :

Première injection : 3/4 de centimètre cube.
Deuxième injection : 1 centimètre cube.
Troisième injection : 1cc,5.
Injection de rappel : 1cc,5.

Les injections seront pratiquées avec des aiguilles fines.

La technique décrite ci-dessus s'applique au vaccin T A B chauffé n° 2 de l'Institut Pasteur Dans les cas où l'on emploierait d'autres vaccins injectables, on se conformera aux indications données par l'instruction livrée avec chaque boîte.

C. — *Vaccination triple associée.*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 3.)

a. *Vaccin.* — La vaccination triple associée (contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques) est réalisée au moyen d'un vaccin mixte (vaccin D + T + T A B de l'Institut Pasteur), mélange en proportions convenables d'anatoxine diphtérique (12 unités par centimètre cube), d'anatoxine tétanique (6 unités par centimètre cube) et de vaccin T A B (1 050 millions de bacilles typhiques, 700 millions de bacilles paratyphiques A et 700 millions de paratyphiques B par centimètre cube).

Il est délivré en boîtes de quatre ampoules de 2 centimètres cubes pour les enfants au-dessous de douze ans, de trois ampoules de 2 centimètres cubes pour les enfants de douze ans (vaccinations individuelles) et en boîtes de dix ampoules de 10 centimètres cubes ou de 20 centimètres cubes (vaccinations collectives). Agiter l'ampoule avant de l'ouvrir.

b. *Technique de la vaccination.* — Elle varie selon l'âge :

1° Au-dessous de douze ans, quatre injections à vingt et un jours d'intervalle :

La première de 1/2 centimètre cube.
La deuxième de 1 centimètre cube.
La troisième de 1cc,5.
La quatrième de 1cc,5.
Injection de rappel : 1cc,5.

2° Au-dessus de douze ans, trois injections à vingt et un jours d'intervalle :

La première de 1 centimètre cube.
La deuxième de 2 centimètres cubes.
La troisième de 2 centimètres cubes.
Injection de rappel : 2 centimètres cubes.

Le vaccin mixte ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

Les injections seront poussées très lentement et avec une aiguille fine. Si la série des injections a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

ANNEXE

Extrait de l'arrêté du 10 septembre 1941.

Article 8.

En dehors des prescriptions formulées soit par le décret du 20 août 1941, soit par le présent arrêté, les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène de France.

Lesdites instructions sont remises à chacun de ces médecins par les soins de l'administration.

ALLOCATIONS FAMILIALES DES PROFESSIONS MÉDICALES

La question des allocations familiales ayant fait l'objet de plusieurs articles dans la presse médicale, une mise au point nous a paru nécessaire.

La Section des Travailleurs indépendants de la Caisse des professions médicales, 66, Chaussée-d'Antin, à Paris, a, comme adhérents, les membres des professions dites médicales qui, ayant une clientèle, exercent sans personnel professionnel : médecins, pharmaciens, vétérinaires, dentistes, sages-femmes, etc...

L'exposé qui suit concerne spécialement les médecins.

En France métropolitaine, le nombre total des médecins praticiens, à l'exclusion de ceux d'entre eux qui sont fonctionnaires ou salariés, est approximativement de :

En zone occupée........	16 000
En zone libre...........	8 000
Soit au total..........	24 000

Environ 1 000 médecins sont encore prisonniers. Plusieurs centaines de médecins étrangers ont été interdits ; 1 000 médecins environ ayant du personnel professionnel sont adhérents à la Section patronale. En outre, un millier au moins de médecins n'ont pu regagner leur domicile. Le nombre total des médecins adhérents devrait donc, en l'état actuel, être voisin de 20 000.

A la date du 1er septembre 1941, les adhésions effectivement reçues pour les médecins seuls sont :

En zone occupée, de......	12 050
En zone libre, de.......	6 400
Soit au total.........	18 450

Il résulte des statistiques établies, département par département, qu'en province le nombre des médecins qui ne se sont pas encore conformés à la loi est inférieur à 10 p. 100, et que, dans la région parisienne, où la proportion des retardataires est plus grande, néanmoins celle-ci ne représente pas 20 p. 100 de l'ensemble des médecins de cette région.

Notre Section des Travailleurs indépendants n'a été pratiquement à même de fonctionner que le 15 janvier 1941. Les résultats obtenus, à ce jour, sont donc satisfaisants. Sans doute aurait-il été possible d'activer l'arrivée des adhésions ; mais il a répugné aux membres du Comité de gestion, pour la plupart des médecins, d'user envers leurs confrères, le plus souvent négligents, des rigueurs prévues par la loi ; ils ont préféré avoir recours à la persuasion et ne faire jouer les sanctions légales que contraints et forcés, et seulement envers les seuls récalcitrants. Avant la fin de l'année, on peut être assuré que tous les médecins ayant réellement la qualité de « travailleurs indépendants » seront inscrits aux allocations familiales.

Taux des cotisations.

Tous les travailleurs indépendants ayant des enfants à charge, au sens de la loi, ont droit à des allocations familiales, selon un barème qui n'est pas fixé par la Caisse, mais bien par la loi elle-même. Il est réclamé aux adhérents les sommes permettant de payer les allocations dues. Le taux de la cotisation n'est donc pas arbitrairement fixé par la Caisse, il est fonction d'un barème qui lui est imposé et des charges de famille effectivement constatées.

Le taux de cotisation, qui avait été, pour 1940, fixé à 4 p. 100 du salaire moyen, a été porté à 10 p. 100 à partir du 1er janvier 1941.

Cet accroissement considérable du taux a paru excessif à beaucoup de nos confrères. Bien que la charge soit lourde, ce taux, cependant, ne peut pas provisoirement être abaissé en raison de l'importance des allocations à verser.

Le taux initial avait été estimé devoir être de 6 p. 100 du salaire moyen ; le Comité de gestion espérant que l'État, ainsi qu'il l'a fait pour d'autres caisses, prendrait un tiers de la dépense à sa charge, n'avait fait calculer les cotisations qu'à raison de 4 p. 100, les 2 p. 100 supplémentaires nécessaires devant provenir de l'État. Or, contrairement à l'attente du Comité de gestion, l'État a refusé de participer aux allocations des professions libérales.

D'autre part, avant même qu'un recensement complet des charges de famille ait permis de se rendre un compte exact des répercussions de la loi du 29 juillet 1939, une nouvelle loi, en date du 15 février 1941, est venue relever le montant des allocations familiales et reculer la limite d'âge pour les enfants à charge.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

Toutes les caisses patronales, comme suite à ces dispositions, ont dû au moins doubler leur taux de cotisation ; les caisses de travailleurs indépendants ont été contraintes également de le majorer dans de fortes proportions. En même temps, les charges familiales chez les médecins, notamment en province, se sont révélées plus importantes qu'il n'avait été escompté.

Si nous voulons établir une comparaison avec le taux de cotisation pratiqué dans d'autres caisses, nous constatons que, dans une caisse d'artisans, où la cotisation réclamée à l'adhérent est de 5 p. 100 du salaire moyen départemental, l'État versant les deux tiers des allocations, soit 10 p. 100, la cotisation réellement encaissée est donc de 15 p. 100.

Malgré les fortes charges de famille du Corps médical, cette comparaison est à l'avantage de notre caisse.

Le Comité de gestion de la Section des Travailleurs indépendants est intervenu auprès des pouvoirs publics en réclamant instamment que, pour nos professions, l'État prenne également à sa charge un tiers de la dépense. De nouvelles démarches viennent d'être effectuées dans ce sens par le Conseil supérieur de l'Ordre.

Parmi toutes les caisses de travailleurs indépendants, notre caisse est la plus en avance ; seule, elle a déjà effectué des paiements d'allocations importants, à savoir :

	Francs.
En zone occupée......	4 680 000
En zone libre.........	1 600 000
Soit au total........	6 280 000

Il est probable aussi que, lorsque les autres caisses de travailleurs indépendants seront au même stade que la nôtre et qu'elles connaîtront exactement les sommes à payer à leurs allocataires, elles seront amenées à reviser leur taux de cotisation.

Certains se sont imaginés que, parce qu'il y avait des retardataires, ils payaient à leur place et que ceux-ci seraient avantagés. Il n'en est rien. Tous les retardataires, sans exception, seront contraints d'adhérer et de payer depuis le jour où la loi est entrée en vigueur. Ils auront à régler en une seule fois tout ce que les autres ont déjà acquitté par versements échelonnés. D'autre part, pour les récalcitrants, le total des cotisations sera majoré de 10 p. 100.

Si les retardataires apportent des recettes, il a été constaté qu'ils apportent aussi des charges. Les taux des cotisations déjà fixés ne seront dans aucun cas modifiés, il n'y aura de réduction de taux, si cela est possible, que pour les cotisations futures et pour tous.

VERSEMENT DES ALLOCATIONS.

La Caisse ne peut distribuer que les sommes qu'elle reçoit et, pour qu'elle puisse effectuer régulièrement le paiement des allocations dues, il est nécessaire qu'elle ait, au préalable, recouvré les cotisations appelées. C'est pourquoi elle fait appel à la bonne volonté de tous pour que les rentrées de cotisations se fassent normalement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1941.

Rapports. — Au nom de la Commission des produits de remplacement, M. Tanon expose que le service du ravitaillement a demandé l'avis de l'Académie au sujet de l'addition d'acide benzoïque ou d'acide salicylique à des *stocks de confiture* et de marmelade en vue de leur conservation. Il s'agit d'un stock de 4 000 tonnes. La commission a déjà donné un avis défavorable.

Une importante discussion s'élève alors. M. Rist fait remarquer que le danger d'intoxication est infime à côté de la perte énorme pour l'alimentation que représente l'interdiction de ces 4 000 tonnes. MM. Renault, Laubry, Tanon, Guillain, Martel, Clerc et Brocq-Rousseu prennent la parole. Finalement, l'Académie décide de donner exceptionnellement un avis favorable.

La question des sports est étudiée dans un autre rapport de M. Lenoir à la suite duquel l'Académie constate que les épreuves sportives exigent une alimentation qui ne pourrait être donnée qu'au détriment du ravitaillement général. Il y a donc lieu de ne pas encourager les grandes épreuves sportives et de s'en tenir aux compétitions locales et privées d'exercice physique courant.

Sur la prémunisation de l'entérite paratuberculeuse due au bacille de Johne. — MM. H. Vallée, P. Rinjard et Maurice Vallée.

Pathogénie des accidents gravido-cardiaques. — M. Sureau apporte une note complétant le côté mécanique de l'action de la grossesse sur les cardiopathies. D'une part, la précocité de certains accidents ne permet pas de retenir les facteurs mécaniques habituellement invoqués ; d'autre part, l'absence de tout facteur inflammatoire ou toxique est dans quelques cas évidente.

L'auteur pense que la femme enceinte peut précocement ou tardivement présenter les mêmes accidents de décompensation que ceux qui accompagnent un anévrisme artério-veineux. Burwell a d'ailleurs, en 1938, noté les analogies qui existent entre les modifications circulatoires constatées chez les femmes enceintes et chez les malades porteurs d'anévrismes. Le court-circuit réalisé par les lacunes de la caduque

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

réalise une saignée continue qui exige de la part de l'appareil circulatoire un travail d'adaptation, un effort supplémentaire pouvant à lui seul entraîner un état d'insuffisance cardiaque.

L'orthostatisme et la fonction circulatoire. — MM. TOURNADE et CHARDON. — Lorsque, pour une raison quelconque, les mécanismes régulateurs de la pression artérielle sont inférieurs à leur tâche, la syncope par anémie bullaire survient. Le retour à la vie est assuré lorsqu'on allonge horizontalement le sujet. Alors le cœur se contracte de nouveau à plein et la pression se relève au-dessus de son niveau primitif : nouvel exemple d'hypertension post-dépression.

Nécessité de réformes anti-alcooliques complémentaires. — M. RIEMAIN, président de la Ligue antialcoolique, étudie les mesures déjà prises. Il en préconise de nouvelles et attire notamment l'attention sur les abus amenés par le privilège des bouilleurs de cru.

MM. Achard, Milian et M. le Président le remercient.

Le canon humain. — Le médecin-général FÉLIX PASTEUR présente une étude sur le canon des proportions du corps humain avec un double indice céphalique vertical et périmétral pour toutes les tailles depuis les premiers mois après la conception à la naissance et, ensuite, jusqu'au développement complet de l'adulte. Un tableau de ces mesures démontre toutes les conséquences de la solution scientifique encore inconnue du plus ancien problème de morphologie de l'homme.

Séance du 21 octobre 1941.

Notice nécrologique. — M. HARVIER donne lecture d'une émouvante et très belle notice consacrée à M. F. RATHERY, membre titulaire, récemment décédé. Cet éloge de notre regretté collaborateur paraîtra dans un des prochains numéros du Journal.

Rapport. — M. GORIS, au nom de la Commission du rationnement des produits pharmaceutiques, étudie cette importante question.

Dans un rapport présenté le 29 avril 1941, M. Goris avait exposé devant l'Académie la situation de notre ravitaillement en produits pharmaceutiques. La commission, depuis, n'a cessé d'étudier le développement des faits, et M. Goris présente aujourd'hui un nouveau rapport qui doit permettre à l'Académie, aux praticiens et même au public de juger la situation du pays à ce point de vue au début de l'hiver.

M. Goris reconnaît que le Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques a fait de grands efforts pour remédier à l'actuelle disette des produits et pour les répartir de manière équitable. Cette disette n'en reste pas moins inquiétante et ne cesse de s'aggraver en ce qui touche certains produits. On ne saurait citer tous les médicaments qui sont devenus rares ou qui font totalement défaut. Il faut pourtant mentionner particulièrement la caféine, la théobromine, les sels de bismuth, l'iode et les iodures, le camphre, l'acide borique et ses dérivés, la vaseline, la quinine, l'opium et ses alcaloïdes, la glycérine, la lanoline, l'huile de foie de morue, l'ami-

I. — LISTE DES PRODUITS DÉFICIENTS ET PRODUITS DE REMPLACEMENT.

EMPLOI	Produits qui manquent totalement ou qui sont de remplacement difficile	CAUSE DU DÉFICIT	PRODUITS DE REMPLACEMENT
Lubrifiants	Vaseline, Axonge	Manquent presque totalement	Stéarate d'éthanoléine Stéarate d'éthylène glycol
Anesthésiques locaux	Cocaïne	Ne se fait plus	Novocaïne, stovaïne et produits analogues
Antiseptiques locaux	Iode	Produit existant en quantité limitée	Sulfate d'orthoxyquinoléine Oxymercuri dibromofluorescéine
Révulsifs	Moutarde	N'arrive plus sur le marché	Térébenthine, ventouses
Hémostatiques	Ergot de seigle	»	Adrénaline, bourse à pasteur
Pansements gastriques	Bismuth	»	Kaolin, alumine
Amers	Colombo, noix vomique	»	Gentiane, quassia
Astringents antidiarrhéiques	Cachou, tanin, ratanhia	»	Salicaire, châtaiglier, bistorte
Purgatifs, laxatifs	Jalap, scammonée, cascara podophylle, séné	»	Bourdaine, bryone, coloquinte mercuriale
Vaso-constricteurs	Hamamelis, hydrastis	»	Cupressus, marron d'Inde
Antiseptiques pulmonaires	Eucalyptol, créosote	»	Goménol
Expectorants	Grindelia, polygala	»	Lierre terrestre, aunée, marrule
Fébrifuges	Quinquina	»	Gentiane stabilisée antipyrine et succédanés
Nervins	Passiflore	»	Valériane
Tonicardiaques	Caféine, strophantus	Ne se fait qu'en petite quantité	Spartéine, muguet adonis digitaline, ouabaïne (injectable)
Cholagogues et cholérétiques	Combretum, boldo	Manquent presque totalement	Genévrier, romarin, artichaut pissenlit
Sédatifs généraux	Codéine, alcal. de l'opium	Produits existant en quantité limitée	Narcéine
Diurétiques	Théobromine, buchu	N'arrivent plus sur le marché	Scille, genêt, uva ursi
Hypotenseurs	Pilocarpine, ésérine	»	Gui, ail, acétylcholine
Dépuratifs	Salsepareille	»	Saponaire
Sédatifs utérins	Viburnum, piscidia	»	Séneçon, marron d'Inde valériane
Galactogogues	Gossypium	»	Galega, fenouil

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

don, le glucose, la farine de moutarde, le lactose, les acides tartrique et citrique, l'insuline, les produits opothérapiques, enfin de nombreux alcaloïdes et maints produits chimiques ou végétaux qui nous venaient pour la plupart de l'étranger.

Conclusions : La commission demande que certains produits nécessaires en thérapeutique, mais pouvant servir à d'autres usages, tels que la farine de moutarde, le marron d'Inde, le petit-lait, soient réservés par priorité pour la préparation des médicaments et, s'il le faut, réquisitionnés.

La commission propose également à l'Académie de publier un tableau des produits qui risquent de faire ainsi plus ou moins complètement défaut et de signaler les substances ayant quelque valeur de remplacement.

Enfin, la commission estime que le texte du rapport doit être l'objet d'une large diffusion qui le portera à la connaissance du plus grand nombre possible de médecins et de pharmaciens.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie sous la forme d'un vœu qui en reproduit le texte.

I. — Liste des produits déficients et produits de remplacement (*Voir tableau ci-contre*).

II. — Liste des médicaments rares et a ménager :

1° *Alcaloïdes ne se fabriquant plus faute de matières premières et pour lesquels on utilise les provisions existant couramment en pharmacie, jusqu'à épuisement* : Aconitine, atropine, cocaïne, émétine, lobéline, pilocarpine, scopolamine, strychnine, théophylline, yohimbine; et, pour l'usage vétérinaire : aéroline, vératrine.

2° *Matières premières n'arrivant plus sur le marché des drogues* : Agar-agar, aloès, baume du Pérou, baume de tolu, boldo, buchu, cannelle, cascara, coca, ergot de seigle, fève de Saint-Ignace, fève de Calabar, graine de lin, gommes, hamamelis, hydrastis, ipéca, jalap, lobélie, noix vomique, podophylle, pylygala, ratanhia, scammonée, rhubarbe, séné.

3° *Produits chimiques fortement contingentés* : Iodures, sels d'argent cristallisés et colloïdaux, sels de zinc, de mercure, de cuivre, de calcium, de magnésium, acides minéraux (acide phosphorique), soufre, tanin, produits obtenus à partir des dérivés de la houille, solvants organiques.

4° *Produits opothérapiques, tous très rares, y compris l'insuline.*

Étude d'un chlorome transplantable chez le rat. — MM. Roussy et Guérin ont étudié, chez le rat, une tumeur transplantable du type de chlorome. Il s'agit de ces tumeurs qui souvent sont encore désignées,

SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

en France, sous le nom de « cancer vert d'Aran » en raison de leur teinte particulière.

Le chlorome étudié par MM. Roussy et Guérin a été transplanté sous la peau au cours de cinq passages, à 350 rats environ. Il a donné naissance à une quarantaine de tumeurs ; celles-ci, formées de myéloblastes plus ou moins atypiques, se sont montrées particulièrement malignes avec tendance marquée aux métastases viscérales et ganglionnaires. La tumeur primitive était apparue, chez le rat, à la suite d'inoculation de fragments de tissu leucémique.

La nature du pigment étudiée aux radiations ultraviolettes et au spectroscope semble bien être en partie, mais non en totalité, de la porphyrine.

Quant aux rapports entre le chlorome et les leucémies, les auteurs insistent sur le fait qu'ils ont observé, au cours des transplantations, tantôt des chloromes isolés, tantôt des tumeurs avec métastases multiples, tantôt des chloromes associés à des leucémies. Cette constatation est importante du point de vue doctrinal. Elle montre qu'on ne peut plus opposer, aujourd'hui, comme le prétendent encore certains auteurs, les leucémies, affections de système, aux tumeurs des tissus hématopoiétiques, néoformations localisées. Les tumeurs du type chlorome provenant des tissus leucémiques chez le rat ont donné naissance, dans les expériences de MM. Roussy et Guérin, à des leucémies secondaires à la formation des tumeurs.

Effets de la vitaminothérapie dans un cas de confusion mentale grave avec lésions cutanées. — MM. Laignel-Lavastine, Durand et Neveu.

Sur le mécanisme d'ouverture de la symphyse pubienne en fin de grossesse chez le cobaye. — M. Courrier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 octobre 1941.

Cancer ulcériforme et niche en plateau. — MM. P. Hillemand, J. Garcia Calderon et Nemours Auguste projettent les divers aspects des niches en plateau décrites par Gutmann en 1933. Ils insistent sur leurs caractères : elles sont allongées, très peu profondes, en retrait par rapport à la petite courbure gastrique, limitées par un talus à pic, séparées de l'estomac par une encoche. Les auteurs rappellent que ces images sont les projections de vastes ulcères cancéreux plats à cheval sur la petite courbure, et montrent comment ces niches en plateau peuvent évoluer et aboutir aux vastes cratères cancéreux ou aux infiltrations étendues dont ils projettent des images.

(Suite page VII.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 octobre 1941 (suite).

Résultats personnels dans le dépistage précoce du cancer de l'estomac par la méthode radio-clinique. — M. GUY ALBOT et Mme M. PARTURIER-LANNEGRACE montrent que la méthode radio-clinique permet, parmi les images suspectes de cancer gastrique au début, de différencier les images cancéreuses des images bénignes. L'originalité de la méthode réside dans le test thérapeutique et dans l'étude évolutive simultanée des aspects radiologiques.

Les auteurs rapportent cinq cas de cancer précocement dépistés: un petit cancer fibreux révélé par un aspect infiltré semi-rigide « en baleine de corset »; un épithélioma ayant donné une infiltration circulaire juxtapylorique; un petit ulcère cancérisé de la petite courbure révélé par une « niche encastrée »; un cancer ulcériforme révélé par une « niche à racines »; un cancer ulcériforme extériorisé d'abord par un « aspect encastré » méconnu en ville, puis par une « niche à ménisque ».

Ils montrent, à titre d'exemple, trois faux cancers éliminés par la méthode radio-clinique. Ils rapportent et tirent les enseignements de quatre erreurs de diagnostic où le cancer ne s'est pas confirmé à l'intervention, qui ne montrent qu'un ulcère. A la suite de ces quatre erreurs, ils remarquent que les ulcères de la région pylorique et prépylorique sont plus résistants au test thérapeutique que les autres : il convient donc de prolonger le traitement avant de conclure à l'existence de cancer, fait qui avait déjà été mis en évidence par R.-A. Gutmann.

En fait, autrefois, le diagnostic précoce de cancer gastrique n'était jamais fait, si ce n'est par un heureux hasard ; grâce à la méthode radio-clinique, il est devenu possible.

M. HILLEMAND rapporte un cas dans lequel, en présence d'une image radiologique douteuse, non améliorée par la thérapeutique, la gastroscopie permit le diagnostic de cancer.

M. LOEPER se demande si l'épreuve thérapeutique, qui seule permet le diagnostic, n'est pas un peu trop longue en cas de cancer, et si mieux ne vaudrait pas opérer immédiatement les cas douteux.

M. ALBOT pense que le cancer au début évolue extrêmement lentement en quatre ou cinq ans, et qu'on a tout le temps de faire un test thérapeutique.

Syndrome de Laurence-Biedl. — M. MAURICE LAMY présente un enfant atteint du syndrome décrit d'abord par Laurence et Moon, et plus tard par Bardet, puis par Biedl, et qui est caractérisé par un certain nombre de signes dont l'addition chez le même sujet est révélatrice : troubles visuels, obésité avec aplasie génitale, arriération intellectuelle, polydactylie.

Les troubles visuels consistent en une héméralopie progressive avec rétrécissement du champ visuel. L'examen du fond d'œil décèle la présence d'amas pigmentaires irréguliers, d'où le nom impropre de rétinite pigmentaire qui est donné généralement à cette lésion dégénérative.

L'obésité est importante, prédomine nettement sur les membres inférieurs et s'accompagne d'un arrêt du développement des organes génitaux.

L'arriération psychique, qui fait partie du tableau de la maladie, est considérable chez l'enfant qui fait l'objet de la présentation.

Enfin, le malade, comme la plupart des sujets frappés de cette affection, est atteint d'une malformation importante des extrémités : il existe six doigts à la main gauche et six orteils à chaque pied.

Le syndrome de Laurence-Biedl est une maladie héréditaire. Le fait que les parents sont toujours indemnes, l'atteinte fréquente des collatéraux, la proportion insolite des mariages consanguins chez les ascendants, tous ces caractères permettent de penser que la maladie est due à la présence d'un gène récessif.

Sur un diagnostic de pithiatisme. La maladie de Westphal. — M. JEAN DELAY rapporte l'observation d'un soldat de vingt-sept ans, envoyé au Centre neuropsychiatrique avec le diagnostic de « crises pithiatiques ».

Ces crises étaient, en fait, des crises de paralysie périodique caractérisées par trois symptômes :

1° Une quadriplégie motrice flasque, paralysie des quatre membres et des muscles lombaires, contrastant avec l'intégrité des territoires musculaires innervés par les nerfs craniens ;

2° Une abolition de tous les réflexes tendineux des membres, contrastant avec l'intégrité des réflexes bulbo-ponto-pédonculaires ;

3° Une inexcitabilité électrique (faradique et galvanique) totale des muscles des territoires paralysés, contrastant avec une excitabilité électrique normale des muscles de la face.

Ces crises duraient quelques heures, de six heures à vingt-quatre heures. Elles étaient suivies d'une récupération parfaite de la motilité, de la réflectivité, de l'excitabilité électrique, d'une complète *restitutio ad integrum*. Entre les crises, l'examen neurologique du malade était strictement négatif.

Ces crises avaient débuté à l'âge de onze ans. Elles se produisaient à des intervalles très variables.

Le grand-père paternel du malade, son père, deux oncles et une tante (du côté paternel), deux frères et une sœur étaient atteints de la même affection.

La pathogénie de ce syndrome n'est pas élucidée. Il est peut-être dû à un spasme de l'artère spinale antérieure. En faveur d'un syndrome de vaso-constriction, on peut invoquer en effet le rôle déclenchant du froid et de l'émotion, l'association habituelle à des crises de migraine, l'action favorable de l'acétylcholine à hautes doses sur l'évolution du syndrome, que provoque, au contraire, l'injection de médications vaso-constrictrices, comme l'adrénaline.

M. MOLLARET ne pense pas qu'on puisse admettre en pareil cas un mécanisme vaso-moteur, car les différentes fonctions ne sont pas touchées simultanément; en particulier, les fibres sympathiques sont respectées.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Il s'agit plutôt d'une pathologie de la fonction myoneurale, véritable curarisation brutale. Le facteur humoral semble jouer un rôle fort important.

M. PAGNIEZ a observé, il y a dix ans, un cas de paralysie périodique.

M. ROUQUÈS considère que le spasme n'explique pas des crises qui durent parfois un mois.

Un cas de communication congénitale entre l'aorte et l'infundibulum pulmonaire. Endocardite maligne terminale. — MM. JEAN GIRARD, CASTELAIN et Mlle NOEL (de Nancy) rapportent l'observation d'un homme de trente ans qui, porteur d'une cardiopathie congénitale, succomba en quelques jours à une endocardite infectieuse aiguë due au streptocoque hémolytique.

L'autopsie montra qu'il existait une communication entre l'infundibulum de l'artère pulmonaire et l'aorte, dans la région sigmoïdienne.

Les auteurs, après avoir rappelé que la greffe d'une endocardite infectieuse sur une lésion congénitale du cœur est relativement rare, insistent sur le caractère exceptionnel de la malformation qu'ils ont observée : l'existence d'une communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire ne semble avoir été signalée que quatre fois dans la littérature médicale.

JEAN LEREBOULLET.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1941.

A propos du procès-verbal : l'occlusion intestinale, maladie déchlorurante. — M. LÉON BINET rappelle des faits anciens et des données nouvelles, montrant à quel point l'occlusion intestinale entraîne un effondrement du chlore sanguin.

Un chien en six jours passe de 3gr,97 à 1gr,97 de chlore plasmatique et de 1gr,84 à 0gr,80 de chlore globulaire. L'urée s'élève à 2gr,47 et, tandis que le sodium baisse, le potassium plasmatique peut s'élever.

Reste à expliquer le mécanisme de cette hypochlorémie. L'auteur s'attache surtout à la thèse de la chloro-déperdition.

L'hypersécrétion gastrique, l'impossibilité d'une réabsorption par l'intestin, les vomissements sont les principaux facteurs qui engendrent cette hypochlorémie contre laquelle les chirurgiens sont d'accord pour lutter par une thérapeutique correctrice.

M. LAMBRET pense que l'hypochlorémie est essentiellement le fait de l'exhémie plasmatique consécutive à la paralysie des capillaires par l'atteinte du système neuro-végétatif.

(A suivre.)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le professeur F. Lobligeois, grand officier de la Légion d'honneur, martyr de la science. — Mme Grandhomme, épouse du Dr Grandhomme (de Saint-Germain-en-Laye). — Mme A. Grippon de La Motte, mère du Dr Grippon de La Motte.

MARIAGE. — M. Jacques Poullain, externe des hôpitaux de Paris, fils du Dr Ch. Poullain (d'Ouistreham-Riva-Bella, Calvados), avec Mlle Josette Volmerange.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme J.-N. Courvoisier font part de la naissance de leur fils Pierre. — Le Dr et Mme Brissy font part de la naissance de leur fille Françoise.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTIONS GÉNÉRALES. — Les inspecteurs généraux en fonction au secrétariat d'État à la Famille et à la Santé sont répartis ainsi qu'il suit (ordre alphabétique) :

Corps de l'Inspection de la Santé et de l'Assistance. — MM. les Drs Aujaleu, Boide, Leclainche, MM. Debrun, Rauzy.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — L'arrêté du 19 août 1941 portant affectation dans le Loiret de M. le Dr Robin, inspecteur du Rhône, est rapporté.

Est nommé médecin inspecteur de la Santé : M. le Dr Dirat (Ariège).

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la Santé : Mlle le Dr Guy (Landes), M. le Dr Lucien Bernard (Marne), M. le Dr Ollé (Haute-Garonne).

DIRECTIONS GÉNÉRALES DE LA SANTÉ. — M. le Dr Clavelin, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions dans les départements du Rhône, de la Loire, de l'Ain (partie non occupée), de Saône-et-Loire (partie non occupée), du Jura (partie non occupée), de l'Ardèche, de la Drôme, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Isère.

M. le Dr Goulley, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Gard, du Vaucluse, du Var, des Alpes-Maritimes, des Hautes-Alpes, des Basses-Alpes, de la Corse.

M. le Dr Grenoilleau, directeur de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions dans les départements de l'Hérault, de la Lozère, de l'Aveyron, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales.

M. le Dr Cléret, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions dans les départements du Puy-de-Dôme, du Cantal, de la Haute-Loire, de l'Allier (partie non occupée).

M. Jouany, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, exercera ses fonctions dans les départements de la Haute-Garonne, du Tarn, du Tarn-et-Garonne, du Lot, du Lot-et-Garonne, de l'Ariège, du Gers, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées (partie non occupée), des Landes (partie non occupée), de la Gironde (partie non occupée).

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Concours de clinicat.** — Les concours de clinicat concernant les cliniques désignées ci-dessous ont eu lieu dans la semaine du 20 au 25 octobre.

Cliniques chirurgicales : Hôtel-Dieu, Saint-Antoine, Cochin et Salpêtrière. — Cliniques médicales : Hôtel-Dieu, Saint-Antoine, Cochin et Broussais. — Clinique maladies nerveuses. — Clinique maladies cutanées. — Clinique maladies mentales. — Clinique médicale infantile. — Clinique urologique. — Clinique ophtalmologique. — Clinique oto-rhino-laryngologique. — Clinique obstétricale Port-Royal.

Mutations. — M. Robert Debré prend la chaire de M. Nobécourt (retr.) aux Enfants-Malades ; M. Mondor prend la chaire de M. Cunéo (retr.) à l'Hôtel-Dieu.

NOUVELLES *(Suite)*

Suppression de la sixième année d'études en faveur de certaines catégories d'étudiants en médecine. — L'article premier de l'arrêté du 4 août 1941 est modifié et complété comme suit :

« Ne sont pas applicables aux catégories d'étudiants ci-dessous énumérées les dispositions de l'article premier de l'arrêté du 9 mars 1934 susvisé, sous réserve que, du fait de leur présence sous les drapeaux, ils aient été retardés de plus d'une année scolaire dans leurs études :

« *a.* Les étudiants réservistes ayant accompli en temps de paix leur service militaire et rappelés sous les drapeaux du fait de la guerre ;

« *b.* Les étudiants accomplissant leur service militaire à la date du 3 septembre 1939 et maintenus sous les drapeaux du fait de la guerre ;

« *c.* Les étudiants des classes 1938 et 1939 maintenus sous les drapeaux après l'armistice ;

« *d.* Les étudiants prisonniers de guerre. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par arrêté en date du 7 octobre 1941, sont déclarées vacantes :

1° La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux ;

2° La chaire de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté en date du 7 octobre 1941, la chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est transformée en chaire de pathologie externe et oto-rhino-laryngologie.

M. Piquet, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur titulaire de la chaire de pathologie externe et oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

Par arrêté en date du 7 octobre 1941, la chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par arrêté en date du 7 octobre 1941, sont déclarées vacantes à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon :

1° La chaire de clinique obstétricale (dernier titulaire : M. Voron) ;

2° La chaire de pathologie générale et thérapeutique (dernier titulaire : M. Cade).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Le titre de professeur honoraire est conféré : à M. Joseph Guibé, professeur de clinique chirurgicale, retraité ; à M. Pierre Lecornu, professeur de clinique médicale, retraité ; à M. Fernand Gidon, professeur d'histologie, retraité.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — Par arrêté du 29 septembre 1941, l'arrêté du 30 août 1941 portant ouverture d'un concours pour un emploi de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts est rapporté.

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont rayés des cadres : M. le médecin-colonel Arène ; M. le médecin-lieutenant-colonel Sabrié ; M. le médecin-commandant Malaterre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Chevalier :* M. le médecin-lieutenant Georges-Adrien-Victor Cazalas.

Médaille d'honneur du Service de santé. — *Médaille de vermeil.* — MM. les Drs Sauvé, chirurgien ; Sureau, professeur agrégé, médecin-chef de l'hôpital de Créteil.

Médaille d'argent. — MM. les Drs Lhomme, médecin-chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce ; Vielle, médecin-chef de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé ; Lorentz, médecin-chef de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles ; Paoli, médecin-chef de l'hôpital complémentaire Lakanal, à Sceaux ; Monod, hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles ; Gentil, hôpital complémentaire Foch, à Suresnes ; Leroy, hôpital militaire Percy, à Clamart ; Bécart, hôpital complémentaire Foch, à Suresnes ; Seguy, hôpital complémentaire du foyer des postes, télégraphes et téléphones, à Cachan.

Médaille de bronze. — MM. les Drs Grimault, de l'hôpital complémentaire Lakanal, à Sceaux ; Caput, Louis, médecins-lieutenants de réserve ; Tolstoï, médecin auxiliaire de l'hôpital complémentaire Foch, à Suresnes.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'argent :* MM. les Drs Rieussec (Cannes-Minervois) ; Coursières (hôpital Sadiki, à Tunis).

M. Félix-Marie-Alphonse Legendre, médecin-lieutenant-colonel, chef du service de santé de la Côte française des Somalis (peste à Madagascar et en Indochine ; paratyphoïde, Côte française des Somalis, 1940).

M. Alain-François-Marie Le Bihan, médecin-commandant, médecin traitant à l'hôpital colonial de Djibouti (paratyphoïde, Côte française des Somalis, 1940).

M. Jean Dubsky, étudiant en médecine, stagiaire à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris (Seine).

Médaille de bronze : MM. les Drs Maksud (Bonneval) ; Ollet (Montpellier) ; Perrier (Draguignan) ; Robert Bolo, interne à l'hôpital Trousseau (Seine) ; Pierre Devimeux, interne à l'hôpital Saint-Louis (Seine) ; Roger Bonnel, interne en médecine à l'hôpital civil d'Hyères (Var) ; Jacques Enel, externe à l'hôpital Claude-Bernard (Seine) ; Mlle Colette Florand, élève faisant fonctions d'externe à l'hôpital Boucicaut (Seine) ; Mlle Marie Lagroua, externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades (Seine) ; M. René Roisin, élève faisant fonctions d'externe à l'hôpital Bretonneau (Seine).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

PERMIS DE CIRCULATION POUR LES AUTOMOBILES. — Obligation, pour le 31 octobre courant, de ramener le nombre *total* des voitures « touristes » autorisées à circuler à 3 000, quel que soit le moyen de propulsion de ces véhicules, quelle que soit la catégorie d'usagers à laquelle elles appartiennent.

La transformation des touristes pour l'utilisation de carburant de remplacement est, désormais, interdite.

Application de cette circulaire pour le Corps sanitaire.

Dans ces conditions, le nombre des permis à retirer correspond à 66 p. 100, ou deux tiers des permis actuels. Je vous serais obligé de bien vouloir me faire parvenir, avant le 20 courant, des propositions de retrait des deux tiers des permis de circulation attribués à des voitures touristes appartenant à des membres du corps sanitaire soumis à votre administration.

(*Communiqué du Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine.*)

ATTRIBUTION DE LA CARTE « T » AUX MÉDECINS. — *Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine*

NOUVELLES *(Suite)*

tient à faire connaître la réponse aux démarches qu'il a entreprises à ce sujet.

Paris, le 6 août 1941.

« Monsieur le Secrétaire général,

« Vous avez appelé mon attention sur l'opportunité de faire attribuer la carte « T » aux médecins et m'avez demandé d'appuyer leur requête auprès de l'autorité supérieure.

« Je n'ai pas manqué de saisir M. le Secrétaire d'État au Ravitaillement de cette question. En m'adressant sa réponse, M. le Secrétaire d'État au Ravitaillement s'est plu à reconnaître les conditions particulièrement difficiles dans lesquelles les médecins assurent leurs travaux dans les circonstances actuelles et le dévouement dont ils font preuve dans l'exercice de leurs fonctions.

« Il m'a rappelé toutefois que la liste de classement en catégorie « T » établie par application de l'arrêté du 11 décembre 1940 ne prévoyait pas le classement des médecins dans cette catégorie. Cette liste a été dressée à la suite des travaux d'une commission à laquelle étaient représentés les différents départements ministériels et où ont été examinées les situations comparées des différentes professions.

« Dans l'état actuel des difficultés du ravitaillement, il est donc impossible d'apporter des dérogations à la liste susvisée.

« Une trop grande extension du bénéfice du classement en catégorie « T » ne pourrait au surplus que léser les autres catégories de consommateurs. Pour tous ces motifs, M. le Secrétaire d'État au Ravitaillement conclut qu'il ne peut, à son très grand regret, réserver une suite favorable à votre demande.

« Je joins mes regrets personnels et vous prie d'agréer, monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération très distinguée.

« Pour le Préfet et par autorisation :

« Le Directeur des Affaires économiques et sociales,

« Signé : ILLISIBLE. »

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de l'hôpital Cochin (Professeur : M. P. HARVIER). — M. le professeur P. Harvier commencera son enseignement le lundi 20 octobre, avec la collaboration de MM. de Brun, Decourt, médecins des hôpitaux; P. Friment, assistant du service; Antonelli, Arnous, Boudin, Brumpt, Claisse, Lafitte, Le Melletier, Lesobre, Maison, Maschas, Mlle Œhmichen, MM. Raynaud, Turiaf, chefs et anciens chefs de clinique, et Barreau, assistant de radiologie.

De 9 heures à 9 h. 30 : Leçon de séméiologie à l'usage des stagiaires par les chefs de clinique ;

De 9 h. 30 à 11 h. 30 : Enseignement par le professeur : Visite des salles. Lecture et critique des observations. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques.

Le mercredi, à 10 h. 30 : Présentation de malades à l'amphithéâtre de la clinique ;

Le samedi, à 10 h. 30 : Leçon de clinique médicale par le professeur à l'amphithéâtre de la clinique.

Consultations spéciales pour les maladies de l'appareil digestif et du foie : les mardis et vendredis ; pour les maladies de la nutrition et le diabète : les lundis, jeudis et samedis ; pour les maladies des reins : le mercredi.

Clinique obstétricale Baudelocque (Professeur : M. A. COUVELAIRE). — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique, le vendredi 7 novembre 1941, à 11 heures, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

I. Services cliniques, avec l'assistance de MM. les Drs Laporte, médecin des hôpitaux ; Lepage, accoucheur des hôpitaux; Rabut, médecin de Saint-Lazare ; Fayot-Petit-Maire, ancien chef de clinique ; Bret, chef de clinique.

II. Enseignement clinique : le vendredi, à 11 heures, leçon clinique par le professeur Couvelaire ; le lundi, à 11 heures, discussions d'observations cliniques.

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte de l'hôpital Cochin (Professeur : PAUL MATHIEU). — M. le professeur Mathieu a commencé son cours le jeudi 23 octobre 1941, à 11 heures, à l'hôpital Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), et le continue les vendredis, mardis et mercredis suivants.

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT. — *Lundi :* Leçon de clinique élémentaire par MM. les assistants et les chefs de clinique, à 9 h. 30. Opérations à 10 heures (pavillon Lister).

Mardi : Policlinique à la consultation externe, à 10 heures.

Mercredi : Appareillage, consultation à 9 h. 30. Opérations à 10 heures (pavillon Lister).

Jeudi : Opérations à 9 h. 30 (pavillon Lister). Leçon clinique à l'amphithéâtre Dieulafoy, à 11 heures.

Vendredi : Policlinique à la consultation externe, à 10 heures.

Samedi : Opérations à 9 h. 30 (pavillon Lister).

Clinique des maladies infectieuses. Hôpital Claude-Bernard (Porte d'Aubervilliers) (Professeur : M. A. LEMIERRE). — Tous les matins, de 9 heures à 11 heures, visite des pavillons, enseignement au lit du malade et démonstrations au laboratoire, par le professeur et ses collaborateurs : M. A. Laporte, médecin des hôpitaux ; M. J. Reilly, chef de laboratoire, et les chefs de clinique. Le jeudi, à 10 h. 30, leçon clinique.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Hôpital Saint-Louis (Professeur : H. GOUGEROT). Le professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé, le mercredi 22 octobre 1941, ses cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le matin à 10 heures, à l'amphithéâtre Louis-Brocq, et le soir à 21 heures, à la consultation de la Porte : traitements antisyphilitiques et antiblennorragiques (le programme est affiché à la Faculté et à Saint-Louis) ; les vendredis matins, à 10 heures, à l'amphithéâtre Louis-Brocq, et les mercredis soirs, à 20 h. 30, à la consultation de la Porte, présentation de malades triés.

Mardi, à 9 heures : Consultation de la Porte.

Mercredi, à 9 heures : Petites opérations dermatologiques et physiothérapie dans les salles Dominici du pavillon Bazin.

L'enseignement aux stagiaires de 4e et 5e année de la Faculté (et aux étudiants et médecins qui en feront la demande) est assuré par des leçons élémentaires sur l'indispensable en dermato-vénéréologie, à l'amphithéâtre A.-Fournier, tous les matins, à 9 heures, et par des démonstrations cliniques aux dispensaires et dans les salles, de 10 heures à 11 h. 30, pendant la durée des stages.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. NOEL FIESSINGER). — PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT. — I. *Enseignement clinique* : Leçon clinique par le professeur Noël Fiessinger, le samedi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Trousseau.

Présentations de malades le mardi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Trousseau, par les Drs J. Fauvet, R. Dupuy, Guy Ledoux-Lebard, Robert Tiffeneau, chefs de clinique.

Leçons de séméiologie clinique à 9 heures, à l'amphithéâtre Trousseau, les lundis, mercredis, vendredis, par les chefs de clinique et les internes du service.

Visite dans les salles, de 9 h. 30 à 11 h. 30, tous les jours.

Examens radiologiques sous la direction du Dr Duhem, électro-radiologiste des hôpitaux, le vendredi, à 8 heures.

NOUVELLES *(Suite)*

II. *Consultations* (*Salon Sainte-Madeleine*). — Maladies du foie et du tube digestif : mardi, à 9 heures, par le Dr Michel Gaultier.

Maladies du rectum : samedi, à 9 heures, par le Dr Friedel.

Gynécologie médicale : mercredi, à 9 heures, par le Dr Raoul Palmer.

Système nerveux : jeudi, à 9 heures, par le Dr G. Boudin.

III. *Enseignement pratique d'anatomie pathologique.* — Le professeur Leroux fera des démonstrations pratiques soit à l'amphithéâtre anatomique de l'Hôtel-Dieu, soit à l'amphithéâtre Trousseau.

IV. *Cours de perfectionnement.* — Vacances de Pâques : Cours pratique de physiothérapie : Dr Duhem, électro-radiologiste des hôpitaux, chef de service (affiche spéciale).

V. *Cours de clinique générale.* — Les maladies actuelles. Les dimanches, du 15 novembre, de décembre, janvier, février et mars, à 10 h. 30 (affiche spéciale).

VI. *Laboratoire de la clinique.* — Chefs de laboratoire : Analyses biologiques (Dr Marguerite Coquoin) ; Biophysique (professeur Dognon) ; Chimie biologique (Dr Glomaud) ; Bactériologie (Dr Maurice Roux) ; Hématocytologie (Mme le Dr C.-M. Laur) ; Anatomie pathologique sous la direction du professeur Leroux ; Physiopathologie expérimentale sous la direction du Dr Pierre Merklen, médecin des hôpitaux, Mlle le Dr G. Bareillier.

Pathologie médicale (Professeur : M. PASTEUR VALLERY-RADOT). — M. le professeur Pasteur Vallery-Radot a commencé son cours le mardi 28 octobre 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : *Maladies infectieuses.* — M. le Dr Mouquin, agrégé, commencera son cours le mercredi 29 octobre 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

SUJET DU COURS : *Maladies du cœur et des vaisseaux.*

Clinique chirurgicale de la Faculté. Hôpital Cochin (Professeur : M. CH. LENORMANT). — M. le professeur Ch. Lenormant commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 21 octobre 1941, à 10 heures, à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur : M. N... — M. le Dr CADENAT, agrégé, suppléant M. le professeur N..., commencera ses leçons cliniques le lundi 14 octobre 1940, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 30.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — *Lundi, 9 h. 30 :* Leçon clinique au lit du malade.

Mardi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Mercredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Jeudi, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade.

Vendredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Samedi, 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre.

Cours de clinique urologique. Hôpital Cochin (Professeur : MAURICE CHEVASSU. — M. le Dr Bernard Fey, agrégé, suppléant M. le professeur Maurice Chevassu, fait l'enseignement suivant le programme ci-dessous :

Lundi, jeudi : Visite des salles ; à 11 heures : Leçons cliniques.

Mardi, vendredi, à 9 heures : Leçons de séméiologie ; à 10 heures : Démonstrations opératoires.

Mercredi, samedi, à 9 heures : Policlinique ; cystoscopies.

Cours de clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu (Professeur : M. HENRI MONDOR. — L'enseignement commencera le lundi 20 octobre. Des leçons théoriques, des démonstrations cliniques au lit du malade seront faites par le professeur Mondor, les professeurs agrégés P. Gauthier-Villars, A. Sicard ; les chirurgiens des hôpitaux P. Huet, H. Welti ; le radiologiste des hôpitaux P. Gibert ; les chirurgiens A. Tailhefer, M. Roux ; le médecin assistant E.-A. Périer ; les chefs de clinique : C. Olivier, L. Léger, J. Huguier ; les chefs de clinique suppléants : M. Champeaux, G. Laurence, C. Nardi.

Les leçons théoriques ont lieu tous les jours, de 9 h. 30 à 10 heures ; les démonstrations cliniques, de 10 heures à 11 h. 45. Le cours du professeur, le samedi, à 10 h. 30

Chaire de clinique ophtalmologique (Professeur : E. VELTER). — Le professeur E. Velter, assisté du professeur agrégé G. Renard, du Dr A. Tournay, du Dr P. Desvignes, chef de clinique, des Drs E. Joseph et L. Guillaumat, assistants, du Dr G. Offret, chef du laboratoire, a repris son enseignement à la date du 20 octobre 1941.

Cet enseignement est donné d'une part à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (place du Parvis-Notre-Dame), d'autre part à la Faculté de médecine.

Chaire de clinique gynécologique (Hôpital Broca, 111, rue Broca). — Professeur : M. PIERRE MOCQUOT.

Cours supérieur de gynécologie. — M. le professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; Mazingarbe et Orsoni, chefs de clinique ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. Pulsford, assistant d'électro-radiologie ; Mlle Gothié, préparatrice, fera ce cours du 3 au 29 novembre 1941. Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du cours.

Début le lundi 3 novembre 1941, à 9 h. 30.

a. Les matins, de 9 h. 30 à 12 h. 30.

Les lundis : 9 h. 30. Exposé du professeur Mocquot sur les opérations du jour. — 10 heures. Opérations par le professeur Mocquot ; Consultation par M. Palmer.

Les mardis : 9 h. 30. Exposés et démonstrations de physiothérapie par M. Pulsford (ondes courtes ; ionisation, radiothérapie des fibromes, etc.). — 10 heures. Consultation par le professeur Mocquot ; Opérations par les assistants. — 11 heures. Électro-coagulations par M. Lejeune ; Explorations fonctionnelles par M. Palmer.

Les mercredis : 9 h. 30. Exposé du professeur Mocquot sur les opérations du jour. — 10 heures. Opérations par le professeur Mocquot ; Consultation par M. Lejeune. — 11 heures. Hystérographies par M. Lejeune.

Les jeudis : 9 h. 30. Hystéroscopies par M. Palmer. — 10 heures. Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. Moricard ; Examen des malades des salles par le professeur Mocquot. — 11 h. 30. Exposés et démonstrations de curiethérapie par M. Pulsford.

Les vendredis : 9 h. 30. Exposé du professeur Mocquot sur les opérations du jour. — 10 heures. Opérations par le professeur Mocquot ; Consultation de stérilité et insufflations utéro-tubaires par M. Palmer.

Les samedis : 9 h. 30. Hystéro-salpingographies manométriques par M. Palmer. — 10 heures. Examen des malades à opérer par le professeur Mocquot. — 11 heures. Leçon clinique par le professeur Mocquot.

b. Les après-midi, de 17 heures à 18 h. 30, cours.

Lundi 3. — M. Palmer : Interrogatoire et examen gynécologiques.

Mardi 4. — M. Moricard : Physiologie hormonale en gynécologie.

Mercredi 5. — M. Palmer : Hystéro-salpingographie manométrique. Hystéroscopie. Curettage explorateur.

Jeudi 6. — M. Palmer : Stérilités d'origine tubaire et ovarienne ; Insufflation utéro-tubaire kymographique.

Vendredi 7. — M. Lejeune : Métrites, diathermie, électro-coagulation.

Samedi 8. — M. Mazingarbe : Suppurations pelviennes.

Lundi 10. — M. Palmer : Gonococcie. Leucorrhées.

Mardi 11. — M. Lejeune : Avortement et accidents consécutifs.

Mercredi 12. — M. Palmer : Annexites chroniques.

Jeudi 13. — M. Palmer : Stérilités d'origine utérine et vaginale. Stérilités d'origine masculine.

NOUVELLES *(Suite)*

Vendredi 14. — M. Mazingarbe : Fibromyomes utérins et leurs complications ; polypes fibreux.

Samedi 15. — M. Lejeune : Grossesse extra-utérine.

Lundi 17. — M. Orsoni : Déviations utériues.

Mardi 18. — M. Mazingarbe : Cancers du corps utérin.

Mercredi 19. — M. Orsoni : Déchirures périnéales et prolapsus génitaux.

Jeudi 20. — M. Palmer : Cancers et lésions précancéreuses du col utérin.

Vendredi 21. — M. Moricard : Hormonothérapie gynécologique.

Samedi 22. — M. Mazingarbe : Fistules génitales.

Lundi 24. — M. Palmer : Tuberculose génitale.

Mardi 25. — M. Orsoni : Kystes de l'ovaire et leurs complications.

Mercredi 26. — M. Palmer : Hémorragies utérines.

Jeudi 27. — M. Palmer : Dysménorrhées.

Vendredi 28. — M. Mazingarbe : Tumeurs solides de l'ovaire.

Droit d'inscription : 500 francs.

Ce cours supérieur de gynécologie sera suivi, du 1er au 11 décembre 1941, d'un cours de biologie expérimentale appliquée à la gynécologie, organisé par M. Moricard et Mlle Gothié. Une série de conférences relatives à leurs recherches personnelles seront faites par M. Caridroit, MM. les professeurs Chouard et Courrier, M. Girard, M. le professeur Giroud et Mme Randoin. Consulter l'affiche spéciale.

S'inscrire à la Faculté de médecine, au Secrétariat (guichet n° 4), tous les matins, de 10 heures à midi, et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille. — Soucieux d'utiliser les loisirs de vacances sur place, quelques professeurs de la Faculté libre de médecine de Lille ont organisé, cette année, une série de conférences en août et septembre. Prenant la parole deux fois par semaine, ils ont exposé quelques questions d'actualité, devant un nombreux public de médecins et d'étudiants.

Le vif succès remporté par ces causeries ne sera pas sans lendemain. Les professeurs de la Faculté libre de médecine de Lille se proposent, en effet, de continuer cet enseignement pendant le semestre d'hiver. Leurs cours de perfectionnement seront certainement très suivis.

Voici quelques-uns des titres de conférences du cours de vacances :

Prof. Bernard : Applications pratiques des récentes découvertes en endocrinologie.

Prof. Delattre : Les métropathies d'origine ovarienne.

Prof. Delattre : Mécanismes des infarctus viscéraux.

Prof. Bernard : Les sédatifs en pathologie cardio-vasculaire.

Prof. Le Grand : Les vitamines (3 leçons).

Prof. Bernard : Faits expérimentaux et cliniques sur l'hypertension.

Prof. Courty : Le traitement moderne des brûlures étendues.

Prof. Vincent : Quelques données pratiques sur l'anatomie du sympathique (2 leçons).

Prof. d'Halluin : Pensons aux ressources appréciables que nous offre l'exploitation d'un climat solaire quand le combustible devient rare.

Prof. Lepoutre : Quelques données récentes sur la pathogénie et sur le traitement des accidents de l'occlusion intestinale.

THÈSES

THÈSE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Métayer, Fibro-sarcomes tubéreux de la peau.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

LA STRYCHNOTHÉRAPIE INTENSIVE

Dans les intoxications barbituriques et alcooliques, l'emploi de la strychnine à hautes doses, par voie veineuse ou sous-cutanée, s'impose depuis que de récents et nombreux travaux en ont précisé les conditions d'application.

Il existait, quant à la strychnine injectable à fort dosage, une lacune dans l'arsenal thérapeutique des produits spécialisés, lacune que les Laboratoires Houdé ont été autorisés à combler (*Bulletin officiel des Services des prix*, 18 juillet 1941) en présentant au Corps médical la *Strychnine Houdé injectable* pour *strychnothérapie intensive* sous les formes suivantes :

Solution stérilisée de sulfate de strychnine pur à 0,25 p. 100 (2mg,5 par centimètre cube) dans le soluté de chlorure de sodium isotonique, en deux modèles d'ampoules permettant de faire varier aisément les doses au cours du traitement :

1° Ampoules de 4 cent. cubes (10 mgr. de sulfate de strychnine) en coffret (I) contenant 15 ampoules, au total 150 milligrammes de sulfate de strychnine ;

2° Ampoules de 2 cent. cubes (5 mgr. de sulfate de strychnine) en coffret (II) contenant 20 ampoules, au total 100 milligrammes de sulfate de strychnine.

Comme il s'agit d'une thérapie à champ d'application restreint et nettement défini, et non susceptible d'être expérimentée à loisir (contrairement à leurs produits habituels), les Laboratoires Houdé n'ont pas cru devoir créer de « modèle échantillon médical ». Ils adresseront séparément la notice détaillée qui accompagne chaque coffret (Indications et Posologie) à tout médecin qui voudra bien leur en faire la demande.

En cas de non-approvisionnement du pharmacien, adresser les commandes urgentes, avec confirmation écrite, aux :

Laboratoires Houdé, 9, rue Dieu, Paris (Xe). Tél. : Nord 40-58. Adresse télégraphique : Granuloudé, Paris.

Zone non occupée : 25, rue Victor-Hugo, Issoudun (Indre).

VARIÉTÉS

PETIT HISTORIQUE DE LA MÉDECINE LÉGALE EN FRANCE ET A PARIS

par le Dr DÉROBERT

L'histoire de la médecine légale se confond avec celle de la médecine en général et celle de la justice, suivant l'une et l'autre dans leur évolution, leurs perfectionnements et leurs vicissitudes.

Bien qu'elle n'ait pas d'histoire propre, on peut diviser l'historique de la médecine légale en France en deux grandes périodes.

Dans une première période, la médecine légale apparaît inexistante, fictive ; la législation est elle-même rudimentaire, s'inspirant à la fois des textes sacrés et des coutumes plus ou moins barbares. La jurisprudence française suit de loin les lois romaines, et le législateur romain qui accompagne les Légions apporte avec lui l'esprit de la loi des Douze Tables, de la loi Aquilia, où déjà, sous l'influence des doctrines d'Hippocrate et des écrits d'Aristote, le médecin est l'auxiliaire, encore bien effacé, de la justice.

De la période gauloise à celle qui marque la renaissance du droit romain et l'unification du droit canon, plusieurs juridictions sont en vigueur en France : la législation romaine, qui précède toutes les autres, la législation franque ou germanique, puis, sous l'influence du christianisme, la législation ecclésiastique qui va prendre une importance sans cesse accrue. Mais, au-dessus de toutes ces législations, le droit coutumier fait par le peuple plane avec ses rigueurs et ses faiblesses. Le territoire français est séparé en deux grandes régions judiciaires : une région nord ou coutumière, une région sud ou romaine. Les lois des Wisigoths et des Bourguignons sont inspirées de l'esprit romain, celles des Francs Ripaires et des Francs Saliens, au contraire, reflètent l'influence germanique. Tandis que les premières reconnaissent les preuves écrites, les secondes, les remplacent par les épreuves ou ordalies. C'est la naissance du duel judiciaire, c'est encore l'indemnité pécuniaire pour les crimes et délits, et l'on peut lire dans la loi salique : « Si quelqu'un frappe un autre à la tête et que les os sortent, il payera quarante-cinq sous ; pour chaque coup de bâton ou de poing sans effusion de sang, trois sous. »

Si le meurtre n'est pas puni, l'avortement, l'infanticide furent, dès les premières périodes de l'histoire française, sévèrement réprimés.

Cependant, dans les unes et dans les autres juridictions, le principe de la constatation du dommage est posé.

Au VIIIe siècle, Charlemagne, dans ses *Capitulaires*, s'inspira des lois romaines anciennes (1) et prescrivit qu'en matière criminelle les juges devaient s'appuyer sur l'avis d'un homme de l'art. Mais, si les rois goths semblent avoir obéi à la loi, la division de l'Empire carolingien fit tomber ces mesures en désuétude et l'on revint vite aux pratiques coutumières.

Dans le Grand Coutumier Général de Richebourg, au chapitre Grand Coutumier du Pays et Duché de Normandie (1207-1245), des « vues » ou visites, ou vérifications, étaient prévues « veue d'homme en langueur, veue de mesfait, veue d'homme occis, veue de femme despucelée ». Dans certaines régions, d'ailleurs, il n'était pas nécessaire que l'accusé, cité en justice, invoquant l' « essoine » ou excuse, soit visité par des médecins ou chirurgiens. Par contre, dans l'édit de Godefroy de Bouillon, dans les Assises et bons usages du royaume de Jérusalem, la visite lors de l' « exoine » d'une maladie, blessure ou infirmité est décrite en détail. En plus des trois hommes de la Cour, se trouvent un « fisicien ou miege » (mire, médecin) et un « serorgien ». Si le cas est médical, le « miege » doit voir le malade et « taster son pos (pouls) et veir son orine » ; si le cas est chirurgical, il faut « mostrer la blessure au serorgien ». Leur avis est donné sous la foi du serment « et se le miege dis par son serement dé que il est tenus que il est essoignés ». Le traité de Jean d'Ibelin, comte de Japhe et d'Arcalou, seigneur de Rames et Baruth, paru en 1250, reflète les pratiques alors en vigueur en France.

C'est à la faveur du duel judiciaire, d'ailleurs, que le médecin fut le plus souvent appelé en justice, car quiconque, sans raison valable, fuyait le lieu du combat, était déshonoré. On

(1) Un médecin était appelé officiellement pour procéder à des examens simples des cadavres de blessés, ou des assassinés et des morts subites (d'après Suétone). Les *Questiones perpetuæ* permettaient aux personnes lésées de faire procéder à l'estimation du dommage causé. Les modifications de la loi des Douze Tables, sous Antonius, rendit obligatoire l'autopsie, non seulement des femmes mortes en couches, mais aussi de celles supposées être enceintes. Enfin, c'est seulement dans le recueil des Lois de Julien l'Apostat (dont le médecin et confident était Oribase) que l'on voit, pour la première fois, l'intervention du médecin requis par la justice.

conçoit alors l'importance de la constatation, dûment vérifiée, de la maladie invoquée.

Les pratiques coutumières furent très combattues dans les régions où l'on appliquait le droit écrit, en particulier par les officialités reconnaissant le Code de Justinien (1). Ces dernières avaient recours aux rapports médicaux et les moines eux-mêmes s'intéressèrent beaucoup aux questions médicales, si l'on en juge par les conciles du XIIe siècle, celui de Reims (1131), de Latran (1139-1215), de Montpellier (1162), de Tours (1163), de Paris (1212), qui défendirent aux moines et religieux l'étude et la pratique de la médecine (2). Les juridictions ecclésiastiques et monastiques de Saint-Maur-des-Fossés, de Sainte-Geneviève, de Saint-Germain-des-Prés, de Saint-Martin-des-Champs sont restées célèbres.

Le duel judiciaire disparut avec saint Louis et les preuves testimoniales furent remises en vigueur. Le prévôt Étienne Boileau rédigea alors le règlement de la corporation des chirurgiens. C'est de cette époque que date le juré. Il nomma six jurés responsables de la loyauté et de la capacité des chirurgiens ; il leur était interdit de donner en secret des soins à quiconque méritait d'être traduit en justice. Cependant, malgré les chirurgiens, jurés au Chastelet du Roy, n'importe qui pouvait encore être expert, bien que la coutume du Maine exigeait comme visiteurs « prudes gens non suspects, avec jurés savants et connaisseurs en telles choses ».

Grâce à Pierre des Fontaines, Philippe de Beaumanoir, le droit coutumier fut coordonné et le droit écrit édifié. Il y eut un corps du droit coutumier, emprunté surtout à la coutume de Paris, œuvre de Dumoulin et de Pothier. A Paris, la justice était rendue par la justice du roi (Parlement et Prévôt de Paris au Châtelet), par la justice de l'évêque, qui avait haute justice sur 50 000 feux (prévôt et bailli épiscopal), par la justice de la marchandise de l'eau ou municipalité parisienne (prévôt des marchands et parloir aux bourgeois).

Dès 1285, il y avait au parloir de Philippe le Bel deux médecins ou physiciens (Maître Foucques de la Charité, et Dudes) ; en 1289, il y en avait cinq. Une ordonnance à la fin du XIIIe siècle accorde à un conseil « de six des meilleurs et des plus loiaus cyrurgiens de Paris, par le prévôt de Paris esleus, lesquels ont juré sur sains, que eus bien et loyaument encercheront et examineront ceux qu'ils créront et cuideront qu'ils soient dignes d'ouvrer, et n'en déporteront ne greveront, ne par amour, ne par haine. Et banderont par écrit les noms de ceux qui seront dignes et de ceux qui ne seront pas dignes d'ouvrer. Les six jurés auront pour métier le quart denier des amendes prononcées contre les contrevenans ».

Dans les lettres patentes de Philippe le Hardi, en mai 1278, des chirurgiens assermentés, soit envers le roi, soit envers le maire et les citoyens de certaines villes (Rouen en particulier), sont désignés pour les vérifications judiciaires. Ces lettres patentes furent confirmées par Jean II en avril 1350.

Le maire avait une compétence illimitée au criminel. Il était assisté d'un tabellion et les sentences exécutées par les sergents. Il pouvait faire appel au premier venu des praticiens pour expertiser, mais cependant une nomination régulière déléguait un chirurgien et une sage-femme (le mire et la matronne jurés). Le mire avait le droit de prendre un assistant pour le suppléer, mais il devait être « surgien et non barbier », il agissait sous la responsabilité propre du mire, après présentation au magistrat. Au XIIIe siècle, existaient encore les barbiers jurés, qui n'étaient requis que dans des cas spéciaux.

En 1301, il fut interdit aux barbiers de faire de la chirurgie, sauf en cas d'urgence, ils devaient alors déclarer le nom des blessés. Charles V (décembre 1372) les autorisa à panser les clous, bosses, apostumes et plaies non mortelles, mais cette autorisation leur fut retirée le 3 septembre 1423.

Cette juridiction persista jusqu'en 1670, époque à laquelle des ordonnances réglèrent « l'art des rapports en justice ». Les jurés, chirurgiens, mièges ou matrones ne recevaient aucune instruction spéciale, ils étaient choisis parmi les plus respectables. Ils devaient répondre dans les trois jours aux questions posées, ils le faisaient verbalement, il n'y avait ni autopsie, ni contre-expertise, ils examinaient le cadavre extérieurement, tâtaient ses membres et regardaient les « condus et entrées du corps ». Les principales questions posées, orsqu'il s'agissait d'un attentat contre une personne, étaient de savoir si la victime était « en périlg, hort de mort ou de mehaing (mutilation d'un membre ou perte d'un organe) ou en

(1) L'expertise médicale avait été reconnue indispensable par un des prédécesseurs de Justinien.

(2) Certaines corporations religieuses, cependant, conservèrent ce privilège jusqu'en 1789.

VARIÉTÉS *(Suite)*

périlg hort de mort et non de mehaing ou de périlg de mort ».

L'autopsie n'était pas pratiquée. C'est en effet à partir de 1374, date à laquelle la Faculté de Montpellier obtint la permission d'ouvrir les cadavres humains, qu'elle commence à être faite. Mais, en fait, ce n'est qu'au XVIIe siècle que le médecin juré fait les autopsies des corps trouvés sur la voie publique, des homicides, suicides ou accidents.

Pour les attentats aux mœurs, l'examen des femmes, on s'adressait aux matrones jurées.

Le médecin juré devait assister aux procès contre les morts, car la mort n'éteignait pas l'action juridique. Cette pratique, qui dura de 395 à 1610, s'adressait aux criminels de lèse-majesté humaine ou divine, à la victime du duel judiciaire qui était considérée comme le coupable, aux suicidés, « l'homicide de soy-mesme », toutefois le procès, dans ce cas, n'avait pas lieu pour « ceux qui, pressés de manie, frénésie ou autre maladie corporelle, se sont tués », aux coupables de rébellion armée.

Si le procès traînait trop, on procédait à une inhumation provisoire en terre sainte ou profane, ou bien le médecin juré était chargé après avoir examiné le corps, de le conserver par embaumement ou par salaison. Le cadavre était vidé, puis rempli de poudres et d'asphalte, revêtu de toile cirée et mis en bière. S'il s'agissait d'un homicide, le médecin et le chirurgien, après examen du corps, devaient saigner le cadavre devant le meurtrier [Henri II aurait été saigné devant son fils Richard (1189), Louis d'Orléans devant Jean sans Peur (1404)]. Lors du procès, le cadavre frais conservé ou exhumé, ou son effigie si la putréfaction était trop avancée, était interrogé; son avocat répondait pour lui. La condamnation prononcée, le châtiment était infligé au cadavre. Le corps de l'amiral de Coligny, du pape Formose, de Jean Petit subirent ces violences.

La preuve s'administrait tout d'abord par le serment, c'était le Jugement de Dieu. Mais elle s'est avérée largement insuffisante et, pour forcer l'aveu, la question préalable, puis les tortures furent introduites, sous l'influence de l'Inquisition, principalement avec Innocent III et Grégoire IX.

Les juridictions firent largement appel aux médecins, moins pour éclairer la justice dans des questions d'ordre médical, que pour contrôler les manœuvres tortionnaires communément employées, et se faire le complice efficace des bourreaux. C'était l'emploi des pinces, des tenailles, des chevalets rougis au feu, du soufre fondu versé sur le corps, du feu mis sous les pieds, c'était encore l'épreuve de l'eau qui consistait à faire absorber de force huit à quinze litres, l'estrapade, enfin la cruentation des cadavres. Pour cette dernière, le meurtrier était mis en présence de la victime nue, il devait la regarder fixement, s'en approcher, l'appeler par son nom à haute voix et à plusieurs reprises, faire plusieurs fois le tour du cadavre, l'enjamber, porter les mains sur les plaies, les effleurer et si, au cours de cette manœuvre, le sang s'épanchait, l'accusé était considéré comme le meurtrier.

La question préalable fut ordonnancée par Louis XI en 1478, et elle est restée en vigueur aux XVe et XVIe siècles, dans les tribunaux religieux et civils. Le chirurgien ou le médecin juré plaçaient les doigts sur les tempes du patient et décidaient si le tourment pouvait être continué ou non ; lorsqu'il y avait imminence de syncope, ils faisaient arrêter et non cesser la torture, administraient des fortifiants ou des cordiaux, après quoi, les tortures reprenaient.

Au XIXe siècle, le catholicisme et le droit canon dominent la jurisprudence et donnent à l'expertise médicale une place importante. La protection de l'enfance, l'indissolubilité du mariage retiennent l'attention des jurisprudences papales, des conciles, comme en témoignent les *Décrétales* de Grégoire IX. Les conditions indispensables de l'union matrimoniale sont codifiées et l'examen des preuves d'impuissance fut la raison de l'indécente épreuve du Congrès.

Vers 1350, le médecin commis à un congrès devait examiner le tempérament des conjoints, la conformation des parties génitales, puis ceux-ci devaient coucher ensemble en présence d'une matrone savante et expérimentée qui oignait les parties génitales d'un onguent approprié et qui rapportait fidèlement au médecin ce qu'elle avait vu et constaté.

Par la suite, on désigna trois médecins, trois chirurgiens et trois sages-femmes. Un simple rideau séparait le couple des témoins, tandis que les juges laïques et ecclésiastiques attendaient dans une chambre contiguë.

Les matrones jurées déposaient un rapport séparé de celui des médecins.

Les plus nombreux procès avaient lieu, au XVe siècle, contre les démons et pour décou-

VARIÉTÉS *(Suite)*

vrir les démoniaques ; les médecins jurés les reconnaissaient, grâce aux signes décrits par Baptiste Codronchus, signes digestifs, circulatoires et généraux, et surtout aux zones d'anesthésie recherchées en enfonçant de longues aiguilles au travers des muscles, des vaisseaux et des nerfs. Les affaires de sorcellerie occupèrent aussi le XVIe siècle. Ce furent celles du Labourd, de Gauffridi, de Madeleine de Mandol, d'Amon, du couvent Sainte-Brigitte à Lille, du diacre Pâris, à la suite de laquelle l'examen mental pratiqué par Sauveur Morand permit de fermer le cimetière Saint-Médard.

Les médecins experts s'élevèrent contre le ridicule de ces affaires, comme en témoigne la consultation donnée par la Faculté de Montpellier au clergé de Nîmes. Grâce à eux, en 1672, l'arrêt de Normandie, la suppression de l'Inquisition en Franche-Comté, l'ordonnance de 1682 mirent fin à la procédure dans les affaires de sorcellerie.

Les tribunaux eurent à instruire de nombreux procès de mœurs et en particulier des affaires de bestialité. La bestialité était réprimandée par le feu et l'animal subissait le même sort que l'accusé. C'est ainsi qu'en 1604 un savetier fut brûlé avec sa jument, en 1606 un apothicaire avec une vache, en 1609 un autre avec une ânesse.

Malgré les imperfections de la machine judiciaire et les renseignements sans doute erronés que pouvaient fournir les médecins jurés dans des affaires aussi délicates, le XIXe siècle pourtant vit naître notre premier médecin légiste, *Ambroise Paré*. Son important ouvrage traitant « *Des rapports et des moyens d'embaumer les corps morts* » parut en 1575. Toute la médecine légale y est traitée : les asphyxies, la pendaison, la submersion, les poisons, les traumatismes, les brûlures, les gelures, la fulguration, les problèmes sexuels, l'avortement, la mort subite, les simulations, les signes de la mort, l'autopsie, les rapports en justice. A. Paré fit école, et ses disciples J. Guillemeau P. Pigray, S. Pineau continuèrent à travailler dans la voie si magistralement dessinée.

Avec le XVIIe siècle, la juridiction ecclésiastique, par l'inobservance des règles monacales, est déchue ; la juridiction seigneuriale a peu d'action, elle ne rend que la basse et la moyenne justice, seule la juridiction royale subsiste. Pour la première fois, un édit de Henri IV, en 1603, confie à Jean de la Rivière, premier médecin du Roi, le soin de nommer « dans toutes les bonnes villes de juridiction du royaume, deux personnes de l'art de médecine et de chirurgie de la meilleure réputation, probité et expérience pour faire les visites et rapports en justice ». L'ordonnance criminelle d'août 1670, due à Colbert, confirme et régularise la précédente. Cependant tout médecin ou chirurgien peut être commis en cas d'urgence. Ce sont les chirurgiens simplement jurez, s'opposant aux jurez chirurgiens en titre d'office.

Le rapport médico-légal est oral ou écrit, il est en plus « la certification à justice des lésions qui se trouvent avoir été faites au corps humain vivant ou mort ». Le rapport est dénonciatif, délivré sur réquisition des parties par un chirurgien quelconque, provisoire en exécution de l'ordonnance du juge par les jurés commis de la juridiction, mixte sur réquisition des parties, mais fait ou approuvé par les jurés commis.

Les commis-jurez chirurgiens accompagnaient le juge dans les levées de corps et auprès des blessés qu'ils avaient le privilège de traiter, ils intervenaient dans les affaires de mœurs et d'attentats aux produits de conception, dans les autopsies par homicides et morts suspectes accidentelles, ils examinaient les femmes condamnées à mort se déclarant enceintes, les femmes enceintes, les femmes déflorées. Au civil, le jurez chirurgien intervenait dans les questions d'identité. Il examinait les galériens avant leur départ et donnait son avis dans les « estimations », c'est-à-dire dans les contestations d'honoraires et dans les thérapeutiques employées (1).

L'ordonnance de 1692 modifie entièrement la nomination des experts. Celle-ci n'est plus faite par le premier médecin du roi, mais par les autorités urbaines. La charge devint héréditaire, elle pouvait se racheter, certaines même étaient en commun entre les chirurgiens d'une même ville. La vénalité de la charge ne put cependant pas jeter le discrédit sur les chirurgiens jurez, qui avaient préséance sur leurs confrères et dont certains noms figurent parmi ceux des maîtres de la médecine légale. Ce sont Gendry d'Angers, auteur des *Moyens de bien rapporter en justice*, 1650 ; Devaux, avec *L'art de bien faire des rapports en chirurgie* ; Nicolas de Blégny, avec *Doctrine des rapports* ; Nicolas Venetti, Lecat, Brechin et Winslow, et surtout *Antoine Louis*, dont les tra-

(1) En 1739, on fit l'autopsie du cadavre de Jean-Pierre Quetin, mort d'un abcès fistuleux, que l'on a prétendu avoir été mal soigné.

vaux montrèrent l'étendue de la médecine légale, la précision qu'elle exige, la variété des connaissances qu'elle demande. Ses lettres sur la certitude des signes de la mort, sur les noyés, sur les moyens de distinguer sur un pendu les signes du suicide de ceux de l'assassinat, sur les naissances tardives, et surtout ses consultations dans les affaires Calas, Syrven, Cassagneux, Baronet lui donnèrent la réputation qu'il a méritée et à la médecine légale la place qu'elle va maintenant occuper.

La deuxième période de l'histoire de la médecine légale, encore appelée période positive, est essentiellement française. L'influence du grand courant philosophique et social du XVIIe siècle prépara et consacra la place que la médecine légale devait avoir dans la médecine. Les lois et leur esprit sont modifiés, le législateur pense davantage au préjugé qu'il doit combattre, à l'injustice qui doit disparaître. Voltaire, en particulier dans l'affaire Calas, mit particulièrement bien en relief la valeur du témoignage du médecin appelé en justice.

C'est à cette époque, en effet, que le scandale du procès du marquis de Langey (1) fit mettre fin à la pratique du Congrès. Le servage fut aboli (8 août 1773), puis la question préparatoire et enfin la torture (1er mai 1780).

La Révolution française supprima les Facultés et engagea des ignorants comme officiers de santé, pour suivre les régiments ou pour soigner dans les hôpitaux. Ce furent à eux que les tribunaux firent appel (Marc. Préface du *Manuel d'autopsie cadavérique de Rose*, 1808).

L'ancienne Faculté de médecine de Paris fut supprimée par l'Assemblée Législative par le décret du 18 août 1792. L'enseignement de la médecine légale n'y était pas fait, mais cependant *Antoine Louis* (1723-1791) a professé publiquement un cours de médecine légale au Collège de chirurgie de Saint-Côme. Le succès de ce cours fut tel que la Faculté demanda l'installation d'une chaire de médecine légale, mais elle disparut sans avoir vu son désir réalisé.

A la même époque, *Chaussier*, en 1789, lut à l'Académie de Dijon un mémoire, *Observations chirurgico-légales sur un point important de la jurisprudence criminelle*, qui fut une révélation. L'année suivante, il faisait un cours complet de médecine légale et, en 1794, il est appelé à Paris pour travailler, en collaboration avec Fourcroy, au plan d'organisation d'une nouvelle école d'enseignement de l'art de guérir. Il y fit créer l'enseignement de la médecine légale. Le décret de la Convention Nationale du 14 frimaire an III instituait donc comme un des douze enseignements de l'École de santé de Paris le « cours de médecine légale et d'Histoire de l'art de guérir. Professeurs : les citoyens Lassus et Mahon » ; l'un étant titulaire et l'autre adjoint. En même temps, des Écoles de Santé étaient créées à Montpellier et à Strasbourg. Seule, celle de Paris fut pourvue.

Le programme du cours, figurant au décret, comportait :

ARTICLE PREMIER. — Prolégomènes sur l'origine et l'état de la médecine légale chez les anciens et chez les modernes jusqu'à nos jours. Utilité et nécessité de cette science, sa division principale. Examen des auteurs qui en ont traité, qualité et conditions nécessaires au médecin légiste pour bien faire des rapports juridiques.

ART. 2. — De l'impuissance.

ART. 3. — Du viol, de la virginité, de l'imprégnation.

ART. 4. — De la grossesse apparente.

ART. 5. — De la grossesse simulée.

ART. 6. — De l'avortement.

ART. 7. — De l'accouchement prématuré.

ART. 8. — Des naissances tardives.

ART. 9. — Des maladies simulées.

ART. 10. — Du suicide et des signes que l'art fournit pour le distinguer de l'assassinat.

ART. 11. — Du poison et de l'empoisonnement.

ART. 12. — De l'infanticide.

ART. 13. — Des blessures en général.

ART. 14. — Des blessures de la tête.

ART. 15. — Des blessures de la poitrine.

ART. 16. — Des blessures du bas-ventre.

ART. 17. — Des blessures des extrémités.

ART. 18. — Des rapports en justice.

ART. 19. — Des devoirs des officiers de santé envers leurs concitoyens relativement à la

(1) Le marquis de Langey, d'un premier mariage, avait subi l'épreuve du Congrès qui échoua. Déclaré impuissant, son mariage fut dissous. Il se remaria par la suite et, malgré l'impuissance dûment constatée, il eut neuf enfants de sa seconde femme.

salubrité de l'air, etc., ou de la police médicale.

ART. 20. — Des maladies contagieuses et épidémiques.

ART. 21. — De l'asphyxie ; de toutes les causes qui peuvent la produire.

ART. 22. — Des sépultures prématurées.

ART. 23. — Des signes de la mort et des moyens d'en constater la certitude.

Tandis que l'enseignement de la médecine légale était réglementé, le principe de l'expertise médicale était posé par l'article 43 du Code d'Instruction criminelle et par l'article 27 de la loi du 19 ventôse an XI, qui réservait aux médecins régulièrement reçus les fonctions d'experts devant les tribunaux.

Lassus (1741-1807) fut le premier titulaire de la chaire, il l'occupa fort peu de temps, appelé à la chaire de pathologie externe à la mort de Chopart. Il pratiqua, avec Pelletan, Dumangin et Janroy, l'autopsie du Dauphin.

Mahon (1752-an IX) fut véritablement le premier professeur de médecine légale et laissa un traité de médecine légale et de police médicale.

Le Clerc lui succéda de 1801 à 1808, puis *Süe* de 1808 à 1816, sans laisser d'ouvrages médicaux légaux.

C'est à la même époque que les chaires de province furent occupées, celle de Montpellier par *Prunelle*, celle de Strasbourg par *Fodéré* (1813), élève de Louis. Ce dernier laissa de gros travaux de médecine légale, d'hygiène publique et de toxicologie. Il eut comme successeur *Tourdes*, qui fut doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, transférée à Nancy après 1870.

A Paris, à la mort de Süe, *Royer-Collard*, médecin en chef de la maison royale de Charenton, est nommé professeur de clinique de perfectionnement, mais demande à permuter pour la chaire de médecine légale, qu'il occupa jusqu'en 1819, époque à laquelle il prit la chaire de pathologie spéciale consacrée aux maladies mentales, nouvellement créée. On proposa alors à Chaussier de permuter de la chaire d'anatomie à celle de la médecine légale, il déclina l'offre et la Faculté désigna Royer-Collard. Mais le même jour s'étaient présentés contre lui : Husson, Pelletan, Orfila, Rullier, Pariset, Marc et Esquirol. Après trois tours de scrutin, Orfila et Husson étaient en tête de liste. La Commission de l'enseignement nomma *Orfila* le 1[er] mars 1819. Il professa jusqu'au 21 novembre 1822, où, à la suite d'incidents lors d'une séance solennelle de rentrée de la Faculté, une ordonnance supprima celle-ci. En fait, le gouvernement royal faisait une épuration de professeurs impériaux. La Faculté fut réorganisée aussitôt, mais onze professeurs, dont Vauquelin, furent mis à la retraite. Les chaires de bibliographie médicale et d'histoire de la médecine, des maladies mentales disparurent. Royer-Collard reprit celle de la médecinel égale jusqu'en 1825, et Orfila celle de chimie. Royer-Collard ne laissa aucun travail médico-légal.

Par contre, Orfila fut le premier grand maître de la médecine légale. Chimiste d'origine, élève de Vauquelin, Orfila créa de toutes pièces la toxicologie médico-légale et donna à la médecine légale une de ses véritables orientations. Ses recherches expérimentales, les affaires criminelles retentissantes (l'affaire Mercier, celle de M[me] Lafarge, qui l'opposa à Raspail) consacrèrent la toxicologie naissante ; d'autre part, Orfila laissa un beau *Traité de médecine légale* et le remarquable *Traité des Exhumations juridiques.*

Adelon occupa ensuite la chaire de 1826 à 1861. Auteur d'un traité de physiologie fort apprécié, nommé agrégé d'office lors de la création de l'agrégation en 1823, il ne laissa qu'un programme du cours de médecine légale. La chaire perdit de son prestige, tandis que *Devergie* et *Ollivier d'Angers* faisaient autorité. Il fut remplacé par décret impérial par *Tardieu*, qui conserva la chaire jusqu'en 1879. Tardieu ouvrit un nouveau champ d'investigations à la médecine légale. Clinicien et hygiéniste, il étudia la médecine légale en physiologiste, en anatomo-pathologiste, et son *Traité des Empoisonnements* est le reflet de ses préoccupations. Il fut expert dans les affaires Conty de la Pommerais, Armand, Victor Noir.

Le rayonnement de la médecine légale fut intense avec son successeur *P. Brouardel* (1879-1906). Il n'est pas, en effet, un sujet de médecine légale que Brouardel n'étudia en détail d'une façon magistrale. Son immense travail est encore à la base de toute étude médico-légale, et sa grande activité lui permit, en outre, de faire œuvre d'hygiéniste.

C'est à lui que l'on doit l'enseignement de la médecine légale tel qu'il est fait actuellement encore. Jusqu'à lui, il n'était que théorique, Brouardel voulut qu'il devînt pratique. Devergie, agrégé de sciences naturelles à la Faculté et qui, sous le professorat d'Adelon, dirigeait le mouvement scientifique médico-

VARIÉTÉS *(Suite)*

légal, avait obtenu du préfet de police l'autorisation de faire des conférences particulières à la Morgue, mais cet usage, qui n'avait pas eu beaucoup de succès, était tombé en désuétude. Tourdes, à la même époque, faisait déjà, à Nancy, un enseignement pratique. Brouardel réalisa son désir et obtint l'autorisation de faire trois fois par semaine à la Morgue, devant les étudiants, de véritables autopsies judiciaires. Il compléta cet enseignement par des travaux pratiques de laboratoire et annexa à la chaire de médecine légale un laboratoire de toxicologie.

Enfin, frappé de l'insuffisance de certains experts, il conçut l'idée d'une école de perfectionnement de médecine légale destinée à former des spécialistes. Ce fut la création de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie.

Ses leçons sur l'exercice légal et illégal de la médecine, la responsabilité médicale, le charlatanisme, le secret médical, la déontologie, les accidents du travail reflétaient le rôle social que devait jouer la médecine légale.

Son successeur, le professeur *Thoinot* (1906-1915), continua son œuvre dans le même esprit. « A qui vient après Orfila, Tardieu et Brouardel, disait Thoinot dans sa leçon inaugurale, une seule chose convient, la modestie. Je tâcherai de faire de mon mieux et je n'ai qu'une ambition, c'est que celui qui viendra peut-être un jour dans cet amphithéâtre me rende le devoir que j'ai rendu à mes prédécesseurs, dise de moi que j'ai aimé la médecine légale, que je l'ai enseignée consciencieusement et que, l'éclat de mes devanciers m'interdisant le premier rang, j'ai occupé convenablement le second. »

L'œuvre de Thoinot est très grande. Ses travaux sur les attentats aux mœurs, son important *Traité sur les accidents du travail* et son *Précis de médecine légale*, véritable bréviaire du médecin légiste, ont fait échec à sa modestie.

Thoinot fut remplacé par M. le professeur *Balthazard* (1919-1940).

VARIÉTÉS *(Suite)*

***

La médecine légale n'a pas d'histoire propre, elle a celle de la justice, celle de la médecine, et surtout celle de la vie. D'aucuns ont méchamment prétendu que la médecine légale faisait œuvre de mort, ceux-là ignoraient tout de son histoire et de ses destinées.

Son évolution à travers des âges montre les fluctuations qu'elle a été obligée de subir, l'importance que les grands courants de la pensée française lui ont imprimée, les orientations différentes qu'elle a dû suivre.

Criminelle dès l'origine, la médecine légale l'est restée presque uniquement jusqu'à une période très rapprochée de nous, mais si déjà le médecin légiste se penchait sur un cadavre, c'était pour en faire jaillir, dans la plupart des cas, l'énigme des pensées qui hantaient le vivant. S'il eut à connaître et à étudier le meurtre, le viol, l'avortement, l'infanticide, sur un cadavre froid, il avait à observer, d'autre part, l'accusé, à connaître ses mobiles, à entrer plus profondément que tout autre dans les sentiers les plus sombres et les plus tortueux que l'être humain peut suivre.

Puis, entraîné, malgré sa primitive orientation, dans le courant spirituel d'une collectivité pensante, il s'est attaché chaque jour davantage à l'étude de ces questions sociales passionnantes et qui sont tout un idéal.

La médecine légale est éminemment vivante, car c'est encore toute la médecine observée au travers des lois mouvantes, et elle exige par cela même des connaissances pour ainsi dire universelles.

Ceux qui ont eu l'insigne honneur de la faire devenir ce qu'elle est sentaient profondément en eux-mêmes le rôle social que le médecin légiste pouvait jouer. Ils possédaient aussi cette universalité qu'Adelon lui-même a publiquement montrée. Professeur de médecine légale, nous dit Thoinot, « il venait suivre les cours de ses collègues pour y apprendre d'eux ce qu'il ignorait ou ce qu'il avait oublié ».

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

RÈGLEMENT SUR LES FRAIS DE JUSTICE

Décret du 19 septembre 1941 modifiant le décret du 5 octobre 1920 portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

TARIF DES FRAIS DES EXPERTS ET INTERPRÈTES.

SECTION I. — *Des experts.*

HONORAIRES ET INDEMNITÉS.

A. — *Règles générales.*

ART. 17. — Les tarifs fixés par le présent décret en ce qui concerne les frais d'expertise doivent être appliqués en prenant pour base la résidence des experts. Les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans les indemnités fixées par ces tarifs.

ART. 18. — Les prix des opérations non tarifées par le présent décret sont fixés, dans chaque affaire, par les magistrats qui ont commis les experts, sauf le recours prévu à l'article 144 ci-après.

ART. 19. — Lorsque les experts se déplacent à plus de 4 kilomètres de la commune de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway, l'indemnité est égale au prix d'un billet de 1re classe calculé, s'il se peut, d'après le tarif réduit applicable aux trajets aller et retour ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un autre service de transport en commun, l'indemnité est égale au prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 1 fr. 40 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour ;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé, sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage, tant à l'aller qu'au retour.

Les experts titulaires de permis de circulation ou jouissant, à titre personnel ou en raison de leur emploi, de réductions de tarifs n'ont pas droit au remboursement des frais de transport pour la partie correspondant à l'exonération dont ils bénéficient. Les demandes de remboursement de frais de transport doivent être obligatoirement accompagnées d'une déclaration des intéressés certifiant qu'ils ne bénéficient pas, à quelque titre que ce soit, d'avantages de tarifs ou, dans le cas contraire, qu'ils ne bénéficient pas d'autres avantages que ceux dont il est fait état dans la demande.

ART. 20. — Il est alloué, en outre, aux experts, si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 10 kilomètres de la commune de leur résidence, une somme de 30 francs et, si le lieu de transport est situé à une distance de plus de 50 kilomètres, une somme de 50 francs.

Si les experts sont retenus en dehors de leur résidence soit par l'accomplissement de leur mission, soit en raison de la durée du déplacement, soit par un cas de force majeure dûment constaté, il leur est alloué, à compter du second jour, une indemnité de 50 francs par jour.

ART. 21. — Lorsque les experts sont entendus soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 francs, outre leurs frais de transport et de séjour, s'il y a lieu.

ART. 22. — Lorsque les experts justifient qu'ils se sont trouvés, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, dans l'impossibilité de remplir leur mission, les magistrats commettants peuvent, par décision motivée, soumise à l'agrément du procureur général, leur allouer une indemnité, en outre de leurs frais de transport, de séjour et autres débours, s'il y a lieu.

ART. 23. — Les experts ont droit, sur la production de pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres débours reconnus indispensables.

ART. 24. — Les magistrats commettants peuvent, sur l'avis conforme des procureurs généraux et à charge pour ceux-ci d'en informer le ministre secrétaire d'État à la Justice, autoriser les experts à toucher au cours de la procédure des acomptes provisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

B. — *Dispositions spéciales.*

MÉDECINE LÉGALE.

ART. 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite judiciaire :

A Paris, 40 francs,

Dans les autres localités, 35 francs ;

2° Pour autopsie avant inhumation :

A Paris, 260 francs,

Dans les autres localités, 220 francs ;

3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée :

A Paris, 350 francs,

Dans les autres localités, 300 francs ;

4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation :

A Paris, 130 francs,

Dans les autres localités, 110 francs ;

5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée :

A Paris, 175 francs,

Dans les autres localités, 150 francs ;

6° Pour examen au point de vue mental :

A Paris, 150 francs,

Dans les autres localités, 120 francs.

Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, sous réserve de l'autorisation prévue à l'alinéa 2 de l'article 4 du présent décret, la taxe qui doit être allouée.

TOXICOLOGIE.

ART. 27. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis ainsi qu'il est dit ci-dessus :

1° Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang :

A Paris, 150 francs.

Dans les autres localités, 125 francs ;

2° Pour détermination du coefficient d'intoxication oxycarbonique :

A Paris, 300 francs,

Dans les autres localités, 275 francs ;

3° Pour analyse des gaz contenus dans le sang :

A Paris, 300 francs,

Dans les autres localités, 275 francs ;

4° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acidité cyanhydrique dans une substance ou dans un organe autre que les viscères :

A Paris, 150 francs,

Dans les autres localités, 125 francs ;

5° Pour recherche et dosage d'un élément toxique ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères :

A Paris, 250 francs,

Dans les autres localités, 225 francs ;

6° Pour recherche avec essais physiologiques dans une substance ou dans un organe autre que les viscères d'un des alcaloïdes courants :

A Paris, 150 francs,

Dans les autres localités, 125 francs ;

7° Pour recherche dans les viscères avec essais physiologiques d'un des alcaloïdes courants :

A Paris, 250 francs,

Dans les autres localités, 225 francs.

BIOLOGIE.

ART. 28. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques dans les cas simples :

A Paris, 150 francs,

Dans les autres localités, 125 francs.

Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telles que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant fixe, sous réserve de l'autorisation prévue à l'alinéa 2 de l'article 4 du présent décret, la taxe qui doit être allouée.

RADIODIAGNOSTIC.

ART. 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° Pour radiographie :

De la main, du poignet, du pied, du cou-de-pied, 60 francs ;

De l'avant-bras, de la jambe, du coude, du genou, 80 francs ;

De l'épaule, de la hanche, de la cuisse, du bras, 100 francs ;

Du rachis cervical, dorsal ou lombaire, du crâne, 160 francs ;

Du thorax ou bassin, 200 francs.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves. Toute autre radiographie de la même région prise le même jour sera comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose ;

2° Pour localisation de corps étranger :

Dans un membre, 150 francs ;

Dans le crâne, le thorax ou le bassin, 225 francs;

3° Pour radioscopie préalable (aorte, poumons, par exemple) :

Pour le thorax, 100 francs ;

Pour les membres (recherches du corps étranger), 80 francs.

Ce tarif est uniforme, quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur.

IDENTITÉ JUDICIAIRE.

ART. 30. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° Pour examen d'empreintes, sans comparaison avec des empreintes autres que celles de la victime :

A Paris, 70 francs,

Dans les autres localités, 60 francs ;

2° Pour examen d'empreintes et comparaison avec des traces recueillies ou avec des empreintes autres que celles de la victime :

A Paris, 200 francs,

Dans les autres localités, 180 francs ;

3° Pour photographie métrique et relevé topographique des lieux du crime :

A Paris, 200 francs,

Dans les autres localités, 180 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1941.

Au sujet des confitures. — M. MARTEL revient sur la question des confitures, discutée dans la séance du 14 octobre. Il demande : 1° qu'ou définisse, enfin, les produits vendus sous le nom de confiture, marmelade, jus de fruits, mélange de fruits, etc. ; 2° que les fabricants fassent connaître la composition exacte des produits mis en vente, ainsi que leur teneur en antiseptiques ; 3° qu'un contrôle sévère soit exercé pour écarter les succédanés sans valeur nutritive ; 4° enfin, que les pharmaciens ne soient pas autorisés à délivrer des antiseptiques pour conserves sans une ordounance médicale.

L'Académie adopte le vœu ainsi formulé.

La clinique de la première enfance aux Enfants-Assistés (clinique Parrot de 1928 à 1941). — M. P. LEREBOULLET expose les transformations progressives subies dans le service de l'hospice des Enfants-Assistés, qui fut, jadis, celui de Parrot et qui est devenu, depuis l'arrivée du professeur Marfan, en 1920, la clinique de la première enfance à la Faculté.

Au moment où M. Lereboullet, qui lui a succédé, prend sa retraite, il peut, avec un légitime orgueil, exposer les beaux résultats obtenus. C'est l'hygiène du premier âge systématiquement recherchée qui l'a aidé à avoir des résultats siguificatifs en pathologie du premier âge. La clinique des Enfants-Assistés est ainsi devenue un foyer vivant de puériculture et de pédiatrie du premier âge, d'une part, par les enseignements de tout ordre qui y ont été donnés, d'autre part, par les soins aux nourrissons qui ont permis de mettre en évidence l'importance capitale de mesures d'hygiène simples, mais exactemeut suivies dans la lutte contre la morbidité et la mortalité des tout-petits.

La fréquence actuelle des granulies. — MM. FIESSINGER, LEROUX, FAUVET ont observé, pendant le premier semestre de 1941, ouze cas de tuberculose granulique (contre un cas pendant la même période en 1938). Sur ces onze cas, sept concernent des sujets de quarante à soixante ans ; ils ont été remarquables par leur latence et la longueur de l'évolution (plus de deux mois en moyenne). Cette augmentation de fréquence semble due avant tout aux restrictions alimentaires.

Application de la tension superficielle des complexes barbituriques, sulfate de strychnine. — M. G.-P. ARCAY et M. MARCOT (de Besançon).

La valeur économique et sanitaire des serpents. — Mme PHISALIX insiste sur le rôle que jouent les serpents dans la destruction des rongeurs déprédateurs et vecteurs de germes. Elle signale, en passant, la parfaite comestibilité de la chair des serpents, ce qui n'est d'ailleurs pas à souhaiter, les serpents jouant un rôle plus utile comme « dératiseurs » que comme aliments.

Étude expérimentale comparée de l'action sur l'organisme du thé noir et du thé vert, en décoction ou en infusion. — M. EDMOND SERGENT (d'Alger).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 octobre 1941.

Funiculite sciatique et hypertrophie du ligament jaune. — MM. S. DE SÈZE et D. PETIT-DUTAILLIS, qui ont publié, il y a quelques mois, le premier cas français de sciatique par hypertrophie du ligament jaune associé à une hernie discale, publient, aujourd'hui, un premier cas de sciatique rebelle par hypertrophie du ligament jaune « pure », sans lésion discale associée.

Les auteurs insistent sur l'importance des lésions d'épidurite graisseuse hypertrophiante, d'œdème et de congestion radiculaire qui, dans ce cas, s'associaient à l'épaississement ligamentaire et aggravaient notablement la compression nerveuse.

Les lésions anatomiques réalisaient, en somme, le tableau de la « funiculite » de Sicard ; mais d'une funiculite nettement *secondaire* à la compression par hypertrophie ligamentaire.

Du point de vue étiologique et pathogénique, l'épaississement hypertrophique des ligaments jaunes de la région lombaire apparaît avant tout comme une conséquence, directe et indirecte, des agressions traumatiques, microtraumatiques et statiques imposées à la charnière lombo-sacrée humaine par les excès de la station debout.

Les auteurs rappellent quelques données anatomiques et physiologiques élémentaires sur les ligaments jaunes et concluent par quelques considérations sur les rapports étroits qui, du triple point de vue anatomique, physiologique et pathologique, unissent les trois pièces constituantes essentielles des articulations intervertébrales : disque, ligaments jaunes et articulations apophysaires.

A propos de huit cas nouveaux de sciatique rebelle par hernie méniscale postérieure opérée et guérie. — M. DE SÈZE rappelle que les sciatiques par hernie discale postérieure ne sont ni exceptionnelles, ni même rares ; en quelques mois, l'auteur a pu en recueillir onze cas, tous vérifiés chirurgicalement. Les cas s'en multiplient depuis qu'on y pense davantage et qu'on sait appliquer, à leur recherche, la technique radiologique indispensable.

L'étiologie traumatique se retrouve environ dans 70 p. 100 des cas des hernies discales observées par l'auteur. Cette proportion souligne l'intérêt des problèmes d'ordre médico-légal soulevés par cette variété de sciatique.

La sciatique par hernie discale ne se distiugue des sciatiques les plus banales par aucun signe distinctif que l'on puisse considérer comme vraiment constant. Il n'y a pas d'autre signe constant de la sciatique discale que la sciatique elle-même. Il en résulte que toute sciatique rebelle, quels que soient les résultats de l'examen clinique, de la radiographie et de la ponction lombaire, doit faire soupçonner la possibilité d'une hernie discale postérieure.

L'épreuve du lipiodol de Sicard reste le temps capital du diagnostic de la hernie discale. Toutefois :

1° Les grosses doses de lipiodol qui sont nécessaires

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

pour mettre les hernies discales en évidence ne sont pas toujours bien supportées : d'où le conseil de réserver l'épreuve du lipiodol aux sciatiques qui sont assez graves pour que l'opportunité d'une intervention chirurgicale puisse être envisagée.

2° La preuve d'une hernie discale lombaire ou lombo-sacrée ne se traduit pas forcément par une déformation importante de l'image lipiodolée. Inversement, une déformation du lipiodol à la hauteur d'un disque intervertébral (arrêt, encoche, étranglement) ne signifie pas forcément qu'il y a une hernie discale à ce niveau. De toute façon, la découverte, au cours d'une sciatique, d'une déformation de type de celles qui sont couramment rencontrées dans les hernies du disque ne prouve nullement que cette sciatique ne puisse pas guérir par les moyens médicaux.

D'où la conclusion : qu'on ne doit pas se fonder seulement sur les résultats de l'épreuve du lipiodol pour décider un traitement chirurgical, mais d'abord et avant tout sur le caractère *rebelle* de la sciatique, c'est-à-dire sur l'échec du repos et des divers traitements médicaux appliqués correctement et pendant un temps suffisamment long.

Sur la hernie postérieure des disques intervertébraux avec relation de huit cas nouveaux opérés et guéris. — S. de Sèze et D. Petit-Dutaillis. — A propos de huit cas observés et guéris pendant les quatre premiers mois de l'année, les auteurs insistent sur les points suivants :

1° Certaines hernies discales postérieures, notamment des hernies bilatérales et des hernies juxta-médianes, peuvent entraîner des douleurs sciatiques bilatérales, des troubles de l'activité génitale, voire même se compliquer, à l'occasion d'un traumatisme, de paraplégie flasque.

Dans les deux cas observés par les auteurs, ces paraplégies flasques ont eu une évolution spontanément régressive sous la seule influence du repos.

2° Les hernies discales postérieures sont très souvent accompagnées de lésions associées : hypertrophie du ligament jaune, épaississement congestif du tissu graisseux épidural, arachnoïdite feutrée, œdème et congestion de la racine nerveuse ; l'existence de ces lésions associées, qui créent parfois et, dans tous les cas, aggravent la compression et la souffrance de la racine nerveuse, permettent de comprendre l'évolution intermittente discontinue d'un grand nombre de sciatiques discales.

3° La libération des racines et l'ablation chirurgicale du nodule, habituellement simple dans les hernies discales récentes non compliquées, se heurte souvent, au contraire, à de sérieuses difficultés techniques dans les vieilles hernies, plus ou moins ossifiées, compliquées de réactions locales d'arachnoïdite inflammatoire et adhésive, de dilatations veineuses congestives locales.

La tâche du neuro-chirurgien sera simplifiée lorsqu'il interviendra à une période suffisamment précoce, c'est-à-dire dès que les traitements non sanglants, essayés pendant un temps raisonnable, ont fait la preuve de leur inefficacité.

Trois cas parisiens de maladie des jeunes porchers. — MM. F. Coste, M. Morin et M. Hardel rappellent que la maladie des jeunes porchers est assez fréquente dans les pays d'endémie (Haute-Savoie, Jura, Suisse). On en connaît des exemples dans d'autres régions (Parme, Loire). Les trois cas dont l'histoire est ici relatée proviennent d'une porcherie de la région parisienne. L'affection peut donc se voir en des lieux très divers. Deux des malades avaient une réaction méningée. Aucun ne présentait d'exanthème. Description des particularités cliniques de ces cas.

M. Mollaret pense également qu'il s'agit ici de méningite des jeunes porchers. Mais les caractères du liquide céphalo-rachidien sont ici assez différents de ce qu'on observe habituellement. Les inoculations à l'homme ont montré la grande inconstance des symptômes cutanés. Le porc peut être l'intermédiaire de toute une série d'ultravirus proches de la grippe ; il est curieux de constater que le porcelet n'est pas malade. Les porchers ne sont contaminés que lorsqu'ils sont en contact depuis un temps très court. Il s'agit vraisemblablement d'un saprophyte du porc qui ne se manifeste chez l'homme que quand un sujet vierge est en contact avec des porcs.

Ulcère tuberculeux de la première portion du duodénum. Guérison opératoire. — MM. Guy Albot, A. Delahaye, R. Le Cannet et M. Legrand présentent un malade atteint de tuberculose de la première portion du duodénum revêtant une symptomatologie clinique de douleurs extrêmement violentes, vomissements et amaigrissement depuis cinq mois. Le diagnostic clinique et radiographique fut celui d'ulcus de la première portion ; par ailleurs, le malade était un tuberculeux pulmonaire bacillifère. Devant l'accentuation des signes cliniques et l'aggravation de l'état général, on pratique une gastropylorectomie large (Finsterer). L'examen de la pièce anatomique montra que cette ulcération était d'origine tuberculeuse. Cinq mois après l'opération, le malade ne souffre plus et a grossi de 14 kilogrammes. Son état pulmonaire, après une poussée post-opératoire, s'est aussi amélioré de façon considérable ; il n'est plus bacillifère. Les auteurs insistent sur la rareté des cas de tuberculose duodénale anatomiquement prouvée et guérie par exérèse ; l'origine de cette lésion semble bien endogène.

Kyste géant du poumon gauche avec refoulement important du cœur et du médiastin. — MM. P. Simonnin, P. Louyot et P. Malraison (Nancy).

Diabète insipide syphilitique (étude clinique et thérapeutique). — MM. Raoul et Simonne Kourilsky, Jean Regaud et Paul Biardeau ont suivi minutieusement, durant trois ans, l'évolution d'un diabète insipide survenu brutalement chez une femme de soixante-deux ans, au cours d'une crise douloureuse vésiculaire très violente.

Les principaux caractères de ce diabète furent :

1° La précession très nette de la polydipsie sur la polyurie, la soif précédant de deux heures l'apparition clinique de la polyurie, caractère qui paraît être

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

fréquent dans le diabète insipide à début brutal et corrobore plusieurs observations déjà publiées ;

2° L'action transitoire et peu marquée du traitement mercuriel sur la polyurie ;

3° L'action aggravante du traitement bismuthique, alors qu'il existait des signes incontestables de méningite syphilitique encore évolutive ;

4° L'existence de crises viscérales tabétiques à symptomatologie vésiculaire, avec vomissements, subictère et fièvre, cette particularité s'expliquant par l'existence d'une cholécystite non calculeuse, secondaire à une colite, elle-même développée sur une malformation cæcale (inversion). Cette constatation impose la recherche systématique des épines organiques au cours des crises viscérales tabétiques.

Par ailleurs, le diabète insipide était isolé, sans syndrome adiposo-génital associé, mais accompagné de troubles métaboliques, hyperlipidémie, hyperglycémie ; il réagissait parfaitement à l'extrait hypophysaire et à la ponction lombaire.

La transfusion médullaire. Son action antihémorragique au cours d'un cas d'aleucie hémorragique. — MM. G. Giraud et Desmonts rapportent une observation d'aleucie hémorragique dans laquelle aucun traitement n'avait pu enrayer le syndrome hémorragique. L'anémie était tombée à 750 000 hématies par millimètre cube, avec 1 800 leucocytes et 30 000 plaquettes. A la suite de trois injections de 1 centimètre cube de moelle sternale dans le sternum, les hémorragies ont cessé, en même temps que l'on assistait à une augmentation rapide des globules rouges montés à 1 600 000, des globules blancs passés à 5 600 et des plaquettes. Ce procédé s'est montré inoffensif et paraît avoir puissamment contribué au réveil de l'hématopoièse et de la leucopoièse.

Jean Lereboullet.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Eury (Pierre-Louis), brigadier : gradé brave et plein d'allant. Engagé volontaire pour la durée de la guerre, a, pendant les combats des 11 au 16 mai 1940, donné à tous un magnifique exemple de sang-froid et de désintéressement. A trouvé une mort glorieuse au cours d'un bombardement aérien, le 16 mai 1940, alors que, debout, il donnait à tous ses hommes le plus bel exemple de courage. Médaille militaire, croix de guerre avec palme. (*J. O.* du 7 octobre 1941.) M. Pierre Eury était le fils de M. J. Eury, directeur du Laboratoire Mauchant, à Gennevilliers. Nous adressons à M. J. Eury nos condoléances attristées. — Le Dr R.-P. Gallé (de Bordeaux). — Le Dr Machefer. — Le Dr Vincentelli. — Le Dr Cobrat (de Lyon). — Le Dr Aigrot (de Lons-le-Saunier). — M. Paul Sebileau (de Royan), père du Dr Louis Sebileau, ancien interne des hôpitaux de Paris, beau-père du Dr Maupetit (de Niort) et du Dr Joanne (de Chenonceaux) et frère du Dr Pierre Sebileau, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris. Nos bien vives condoléances. — Mme Eugène Redon, mère de Mme et du Dr Henri Redon, chirurgien des hôpitaux de Paris. Nous adressons au Dr et à Mme Henri Redon nos condoléances attristées. — Le Dr Armandon (de Lamastre). — Le Dr Rodet, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier.

MARIAGE. — Le Dr Maurice Pierre, ancien externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle Paulette Banse.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme A. Schlemmer font part de la naissance de leur fils Olivier. — Le Dr et Mme Jean Lereboullet font part de la naissance de leur cinquième enfant, Marie-Jeanne. Nous adressons au Dr et à Mme Jean Lereboullet ainsi qu'au professeur P. Lereboullet nos bien vives félicitations. — Le Dr et Mme Henri Redon font part de la naissance de leur fille Martine. Toutes nos félicitations.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Par arrêté du 13 octobre 1941, l'arrêté du 29 juillet 1941, portant nomination de M. le Dr Guldner comme inspecteur adjoint de la Santé de la Loire, est rapporté.

Administration centrale. — M. le Dr Pierron, médecin inspecteur adjoint de la Santé, est nommé sous-chef de bureau de 3e classe.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur P. Harvier fera sa leçon inaugurale à l'amphithéâtre Dieulafoy, le mercredi 12 novembre 1941, à 10 h 30.

Nominations. — M. Max Jayle est nommé à titre exceptionnel professeur sans chaire ; M. Weill-Hallé est nommé directeur honoraire de l'École de puériculture; M. Harvier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, titulaire de la chaire de thérapeutique médicale à l'hôpital Cochin, est transféré, à dater du 1er octobre 1941, à la chaire de clinique médicale du même hôpital.

Honorariat. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. les professeurs Ombrédanne, Laubry, Janin, Lereboullet, admis à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er octobre 1941.

Adjuvat. — *Candidat :* M. Dufourmentel. — *Épreuve orale :* Veine fémorale et ses branches collatérales de l'aire du triangle de Scarpa. — *Dissection :* Muscles lombricaux et interosseux de la main et leurs nerfs. — *Épreuves d'admissibilité :* Épreuve écrite : 26. — *Épreuves définitives :* Épreuve orale : 28. Épreuve de dissection : 29. — *Total des points :* M. Dufourmentel : 83 sur 90.

Clinicat. — A la suite du concours, viennent d'être proposés :

Pour la clinique chirurgicale Cochin : MM. Logeais, Salvanet, Thomeret.

Pour la clinique chirurgicale Saint-Antoine : MM. Gandy, Gout et Monsaingeon.

Pour la clinique chirurgicale de la Salpêtrière : MM. Billard, Gaumé et Lataix.

Pour la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Champeau, Laurence et Nardi.

Pour la clinique des maladies cutanées de l'hôpital Saint-Louis : MM. Basset et Bouwens.

Pour la clinique des maladies mentales de l'hôpital Sainte-Anne : Mlle Barret, MM. Deshaies, Maurice, Ménanteau et Neveu.

Pour la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière : MM. Grossiord, Pécher et Rogé.

Pour la clinique obstétricale Baudelocque : MM. Jamain et Palmer.

Pour la clinique médicale Broussais : MM. Gaillas, Geffroy.

Pour la clinique médicale Cochin : Mme Œhmichen, MM. Claisse, Raynaud.

NOUVELLES *(Suite)*

Pour la clinique médical de l'Hôtel-Dieu : MM. Gras et Tiffeneau.

Pour la clinique médicale Saint-Antoine : MM. Breton, Chassagne, Maude.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER. — Sont chargés de cours : MM. Viallet, radiologie et physiothérapie ; Portes, physique pharmaceutique ; Senevet, zoologie ; Robert Raynaud, médecine expérimentale ; Ferrari, anatomie médico-chirurgicale ; Sarrouy, pathologie générale et pathologie médicale ; Curtillet, pathologie chirurgicale ; Costa, stomatologie ; Fourment, pharmacologie ; Roques, cryptogamie ; Sabadini, pathologie chirurgicale ; Ferrari, médecine opératoire ; Monnet, déontologie et législation pharmaceutique ; Thiodet, pathologie générale et pathologie médicale ; Musso, hydrologie pharmaceutique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont chargés de cours : MM. Pery, accouchements ; Masse, pathologie chirurgicale ; Dufour, anatomie ; Beauvieux, anatomie ; Castagnou, chimie minérale ; Mesnard, pharmacie chimique ; Maudoul, zoologie et parasitologie ; Faugère, puériculture ; Liard, physiologie ; Girard, botanique. — Sont chargés des fonctions de : 1° agrégés chargés d'enseignement : MM. Piéchaud, pathologie médicale ; Joulia, vénéréologie ; Beauvieux, séméiologie oculaire ; Delmas-Marsalet, pathologie médicale ; Despons, oto-rhino-laryngologie ; Foutan, séméiologie médicale ; Rivière, obstétrique ; Dervillée, médecine générale (poste de M. Jeanneney) ; 2° agrégés chargés des fonctions de chefs de travaux : MM. Dufour, anatomie ; de Gailly, anatomie pathologique ; Girard, botanique et matière médicale ; 3° chargés de travaux pratiques, de conférences et des fonctions de chefs de laboratoire : MM. Piéchaud, hygiène ; Dervillée, médecine légale ; François Lauret, pharmacologie ; Castebert, physique pharmaceutique et physique médicale ; Mesnard, pharmacie ; Castagnou, chimie générale ; Tayeau, chimie biologique.

Sont prorogés d'un an MM. les agrégés Beauvieux, ophtalmologie ; Delmas-Marsalet, médecine générale ; Dufour, anatomie ; Joulia, dermatologie et syphiligraphie ; Loubat, chirurgie générale ; Piechaud, médecine générale ; Rivière, obstétrique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont chargés de cours : MM. Duclos, stomatologie ; Pigeaux, accouchement ; Noël, embryologie ; Chambon, toxicologie ; P.-E. Martin, pathologie médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont chargés de cours, MM. Delphaut, pharmacologie ; Romieu, embryologie ; Arnoux, chimie minérale ; Guillot, toxicologie ; Imbert, clinique chirurgicale infantile ; Gabriel, cryptogamie ; Derrien, chimie biologique ; Perlot, clinique des maladies contagieuses ; Figarella, clinique gynécologique ; J. Dor, médecine opératoire.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours de chirurgien des hôpitaux aura lieu au début de 1942. L'anonymat sera supprimé.

INSTITUT DU CANCER. — Une place d'assistant au service de curiethérapie et une place d'assistant au service de radiologie sont actuellement disponibles à l'Institut du Cancer, 16 *bis*, avenue Vaillant-Couturier à Villejuif. S'adresser pour renseignements au Dr Simone Laborde ou au Dr Surmont.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — *Limite d'âge.* — La loi du 21 septembre 1941, relative à la limite d'âge des médecins des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, fixe cette limite à soixante-cinq ans.

Affectations. — M. Adam est affecté comme directeur à l'hôpital psychiatrique du Mans.

M. Lanquetin est affecté comme directeur à l'hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS. — Les séances auront lieu, comme par le passé, le premier jeudi de chaque mois, à 17 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE. — Lors de sa dernière séance à la Faculté de médecine, après la présentation par M. le Dr Maurice Fabre d'un rapport sur « Les sports chez la jeune fille et la femme », la Société française de gynécologie s'est prononcée favorablement pour la pratique de la culture physique et de certains sports médicalement contrôlés.

Par contre, estimant que les excès sportifs engendrent des troubles graves dans l'organisme de la femme et apportent souvent un obstacle à l'accomplissement de son devoir de maternité, *elle a condamné à l'unanimité les championnats féminins et demandé leur suppression. (Communiqué)*

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis en 1941 à l'École du service de santé. — Catégorie huit inscriptions : MM. Girier, Cartillier, Bongard, Amlot, Valnet, Gras, Pilod, Gaudin, Haan, Marandet.

Catégorie quatre inscriptions : MM. Hugonot, Guillermand, Bollotte, Sermet, Gaujard, Montangerand, Marguet, Gaubert, Le Henand, Morel.

Catégorie P. C. B. : MM. Barry, Gautier, Blaquière, Yver, Brès.

M. le médecin en chef de 2e classe de la marine Martin Le Cann est rayé des cadres.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-commandant Lemaistre est rayé des cadres.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Assurances sociales. — La Commission régionale de l'Ordre des médecins de la région sanitaire de Paris et le Comité de coordination des conseils de l'Ordre des médecins de la région parisienne (Assurances sociales) se sont réunis le 12 octobre 1941 à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Les cinq départements de la région parisienne étaient représentés à ces importantes réunions au cours desquelles les questions professionnelles à l'ordre du jour ont été examinées, et discutées.

En ce qui concerne les Assnrances sociales, le Comité de coordination a maintenu sa position d'indépendance vis-à-vis des Caisses, ne se refusant à aucune conversation, mais entendant conserver les légitimes garanties qui avaient jusqu'ici été accordées au Corps médical (libre choix, entente directe, etc...).

Le Comité de coordination a de nouveau insisté pour que la Commission tripartite, où le Corps médical peut faire utilement entendre sa voix, ne soit pas supprimée et se réunisse régulièrement.

Le Comité de coordination a enfin émis un vœu demandant que les corporations qui sont actuellement en voie de constitution n'empiètent pas sur le domaine de la

NOUVELLES *(Suite)*

corporation médicale en créant elles-mêmes ou par l'intermédiaire de caisses d'assurances sociales dépendant d'elles des services de soins à domicile, des dispensaires ou des maisons de santé.

De son côté, la Commission régionale a approuvé les termes d'un rapport concernant les modifications à apporter au régime de l'assistance médicale gratuite dans le département de la Seine, et décidé de nouvelles démarches pour obtenir en particulier un relèvement d'honoraires pour les soins donnés aux assistés.

La Commission régionale a discuté également un rapport qui lui était présenté sur les dispensaires. Ce rapport, après quelques retouches, sera présenté au directeur régional de la Santé et de l'Assistance de la région sanitaire de Paris.

Enfin, la Commission régionale, ayant pris connaissance des textes officiels relatifs à l'organisation du service des vaccinations associées antitétanique et antidiphtérique, a manifesté ses préférences pour une organisation qui encouragerait les vaccinations individuelles au cabinet du médecin plutôt que les vaccinations collectives dans des centres créés à cet effet.

Ajoutons qu'au cours de ces réunions il a été donné connaissance de la décision du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine de fixer, à partir du 1er novembre 1941, les honoraires minima pour la consultation et la visite respectivement à 35 francs et à 40 francs, la valeur du chiffre-clé restant fixée à 25 francs pour les actes de pratique médicale courante et à 20 francs pour les actes de chirurgie et de spécialités. (*Communiqué.*)

Publicité médicale dans les annuaires. — Nous apprenons que des offres sont faites aux médecins pour les inscrire, moyennant finances, dans un annuaire de nature commerciale et destiné à être mis en vente.

Le Conseil supérieur rappelle qu'aucune insertion de cette nature ne doit être faite en dehors des publications qu'il autorise, conformément à l'article 4 du Code de déontologie.

Ces sollicitations revêtent, parfois, une allure officielle à laquelle elles n'ont aucun droit. (*Communiqué.*)

Certificats d'études supérieures de pharmacie. — *Texte du décret du 24 octobre 1941 relatif aux certificats d'études supérieures de pharmacie.* — L'article 3 du décret du 11 août 1939, créant dans les facultés de pharmacie et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie des certificats d'études supérieures, est remplacé par le suivant :

« Peuvent être candidats aux certificats d'études supérieures :

« 1° Les titulaires du diplôme de pharmacien ;

« 2° Les étudiants en pharmacie pourvus de la seizième inscription à partir du 1er novembre suivant leur quatrième année d'études.

« Les candidats aux certificats d'études supérieures prendront quatre inscriptions trimestrielles au cours de l'année supplémentaire d'études. »

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — Professeur : M. HENRI BÉNARD. — M. le professeur Henri Bénard a commencé son cours le mardi 28 octobre 1941, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continue les samedis et mardis suivants, à la même heure.

PROGRAMME. — Glandes endocrines.

Des leçons complémentaires seront faites les jeudis, à 18 heures, par MM. les professeurs Urbain, Lesbouyries et Verge, et par M. Lemaire, agrégé.

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. JEAN TROISIER). — Le professeur Jean Troisier a fait sa première leçon le mardi 28 octobre, à 10 h. 30, à la salle des cours de la clinique.

Il continue son enseignement à la clinique de la tuberculose (hôpital Laennec), les mardis et jeudis, à 10 h. 30.

Clinique médicale propédeutique Broussais-La Charité (Fondation de la Ville de Paris) (Professeur : M MAURICE VILLARET ; assistants : MM DONZELOT, JUSTIN-BESANÇON et R. CACHERA.)

PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT.

1° Un cours complémentaire est fait chaque vendredi matin, à 11 heures, à l'amphithéâtre de la clinique, par MM. Donzelot, Ét. Chabrol, L. Justin-Besançon, M. Bariéty, R. Cachera, Soulié, Lenègre, Delarue et Desoille, agrégés.

Sujet du cours : *Les méthodes d'exploration biologique en clinique.*

2° Leçons cliniques au lit du malade : les lundis, mardis, jeudis et samedis, à 11 heures.

3° Policlinique : le mercredi, à 11 heures.

4° Conférences élémentaires de terminologie médicale, d'anatomie, histologie et physiologie applicables à la clinique, de technique pratique et de séméiologie, les lundis, mardis, mercredis, jeudis et samedis, à 9 h. 30 : par MM. Fauvert, Bardin, Rubens-Duval, Fasquelle et Nouaille, chefs de clinique, MM. F. Moutier, Brunet et Barbier, chefs de laboratoire.

Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. (Professeur : M. MAURICE LOEPER. Professeur agrégé : M. ANDRÉ LEMAIRE.) — Le professeur Maurice Loeper commencera son enseignement le jeudi 13 novembre 1941, à 11 heures, à l'amphithéâtre Hayem, et le continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure, avec le concours de M. le professeur Ch. Aubertin, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine, de l'hôpital Saint-Antoine; de M. André Varay, assistant ; MM. Breton, Chassagne, Mallarmé, Mande et Siguier, chefs de clinique ; MM. Cottet, Duchon, Lesure Parrod, chefs de laboratoire ; M. Ordioni, chef du service d'électro-radiologie ; Mme David, chef du service d'électro-cardiologie.

Organisation de l'enseignement.

Tous les jours, à 10 heures : Visite dans les salles et discussion des diagnostics et des traitements.

Lundi et vendredi, à 9 heures : Leçon élémentaire de séméiologie.

Mardi, à 11 heures : Leçon de thérapeutique cardiologique, professeur Aubertin.

Mercredi, à 11 heures : Policlinique et ordonnances.

Jeudi, à 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, professeur Loeper.

Samedi, à 11 heures : Leçon de thérapeutique clinique à l'amphithéâtre.

Consultations spéciales.

Lundi, à 10 heures : Consultation d'hématologie Dr Mallarmé.

Mercredi, à 10 heures : Consultation des maladies digestives, Dr Breton.

Lundi, à 10 heures : Endoscopie, Dr Buneau.

Mercredi, à 10 heures : Radiologie.

Vendredi, à 10 heures : Consultation des malades du cœur et des vaisseaux, professeur Aubertin.

Tous les matins : Exercices de laboratoire.

L'après-midi : Médecine expérimentale.

Le programme des réunions médicales mensuelles et le sujet des conférences de thérapeutique du samedi seront indiqués par une affiche spéciale.

Cours de médecine légale. — M. HENRI DESOILLE agrégé, a commencé son cours le mercredi 29 octobre 1941, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; le cours a lieu les lundis, mercredis et vendredis du semestre d'hiver.

NOUVELLES *(Suite)*

SUJET DU COURS. — Sexologie : outrages aux mœurs (viol, attentats à la pudeur, etc.) ; l'instinct sexuel normal et pathologique (inversion, sadisme, prostitution, etc.) ; Hermaphrodisme ; Mariage et certificat prénuptial, paternité, divorce ; Malthusianisme, avortement, infanticide. — Coups et blessures. — Asphyxies. — Intoxications. — Déontologie.

Clinique médicale de l'hôpital Broussais-La Charité. — M. P. ABRAMI, professeur, avec l'assistance de Mme Lamotte-Barillon, de Mlle Bonnenfant et de M. Paillas, chefs de clinique, a commencé son enseignement le mardi 4 novembre 1941, à 10 h. 45.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Le mardi, à 10 h. 45, leçon clinique par le professeur. Les lundis, mercredis, jeudis et samedis, de 9 h. 30 à 10 heures, leçon élémentaire de séméiologie et de pathologie, suivie, de 10 heures à 10 h. 45, de présentation de malades, par les chefs de clinique ; de 11 heures à midi, visite dans les salles, par le professeur.

Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière). (Professeur : M. GEORGES GUILLAIN.) — M. le professeur Georges Guillain a commencé, le lundi 27 octobre, son enseignement neurologique à l'hospice de la Salpêtrière, avec le concours de M. Mollaret, agrégé, de MM. Auzépy, Grossiord, Pécher, Rogé, chefs de clinique. Des examens et présentations de malades sont faits tous les matins, à 10 heures, par le professeur Guillain. — Le mardi, à 10 heures, policlinique à la salle de consultation externe de l'hôpital. Le vendredi, à 10 h. 30, leçon clinique à l'amphithéâtre Charcot. — Démonstrations d'anatomie pathologique par M. Ivan Bertrand, directeur à l'école des Hautes Études et chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien par M. J. Lereboullet, chef du laboratoire de biologie. — Examens psychiatriques par M. N. Péron, médecin des hôpitaux, et par M. Guilly. — Examens endocrinologiques par M. Sigwald. — Examens de neurologie oculaire par M. Hudelo, ophtalmologiste des hôpitaux, et par MM. Dupuy-Dutemps et Josèphe. — Examens otologiques par M. Aubry, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et par M. Péroz.

NOUVELLES DIVERSES

La flamme sous l'Arc de Triomphe. — *La Fédération des associations amicales de médecins du front* aura l'honneur, conjointement avec *l'Amicale des formations sanitaires de l'avant*, de *raviver la flamme sous l'Arc de Triomphe, le vendredi 21 novembre 1941, à 18 h. 30.*

Plus que jamais, la flamme doit être le signe de ralliement de tous les Français.

Tous les médecins, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient ou non appartenu aux corps combattants, *sont instamment conviés à venir assister, aussi nombreux que possible, à cette cérémonie.*

Rendez-vous directement sous l'arc.

Ni drapeaux, ni insignes.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

INTERTRIGO (1)

(Physio-pathologie et traitement.)

L'intertrigo est une affection des plis cutanés. Il se compose de lésions érythémateuses et suintantes, parfois macérées ou croûteuses, dues aux streptocoques.

L'intertrigo se développe partout où deux surfaces cutanées s'accolent : sillons rétro-auriculaires, sous-mammaires, axillaires, inter-fessier, espaces interdigitaux, plis abdominaux, génito-cruraux. Il est beaucoup plus fréquent chez les individus gras et malpropres.

La connaissance exacte des propriétés physico-chimiques des glandes sudoripares et sébacées, et de l'acidité physiologique normale de la peau permet de jeter une lumière nouvelle sur la pathogénie et le traitement de cette affection fréquente.

Deux variétés de glandes sudoripares et sébacées déversent leur produit de sécrétion à la surface de la peau : les glandes eccrines (le produit d'élaboration est excrété sans démembrement de la cellule), nettement acides (*p*H : 6,4), et les glandes apocrines (le produit d'élaboration entraîne une partie de la cellule), à peu près neutres (*p*H : 6,9 à 6,2). Les glandes eccrines sont en quantités beaucoup plus considérables sur les surfaces libres de la peau et y assurent, par l'évaporation active de leur produit, une forte concentration des ions H, c'est-à-dire l'acidité protectrice. Si l'évaporation se fait mal (plis de flexion) ou si l'oxygène fait défaut, l'acidité diminue (par fermentation ammoniacale) et la porte s'ouvre aux infections microbiennes. Les glandes apocrines abondent partout où il y a frottement, donc principalement dans les plis de flexion. Leur évaporation concentre les ions O H et détermine également de l'alcalinité pathogène. La mauvaise évaporation des produits des glandes eccrines et la présence de nombreuses glandes apocrines collaborent pour détruire l'acidité protectrice normale de la peau (*p*H : 5,2). On comprend donc aisément l'apparition et la pullulation des streptocoques dans ce milieu alcalin ou très faiblement acide (*p*H optimum de streptocoques : 7 à 6,2).

Il suit de la pathogénie de l'intertrigo que nous venons de décrire que les antiseptiques (eau d'Alibour, baume du Commandeur, solution violette) doivent être remplacés par le traitement physiologique, c'est-à-dire par l'acidification. Donc : application large par massages et à demeure de *Lactacyd Lavril*, pâte iso-acide de l'épiderme à *p*H : 5,2, à base de Lactosérum acidifié par fermentation lactique (45 p. 100 de bacilles lactiques), d'huile de foie de flétan en émulsion (12 p. 100).

(1) Le *Lactacyd* est une spécialité Lavril.

ÉLOGE NÉCROLOGIQUE

FRANCIS RATHERY (1)
(1877-1941.)

Il y a neuf ans, vous accueilliez dans votre compagnie le professeur Francis Rathery.

Il n'entrait pas dans cette maison comme un étranger, et son admission parmi vous continuait une tradition familiale. Son beau-père, Gustave Bouchardat, et son grand-père par alliance, Apollinaire Bouchardat, avaient eu leur place ici. Tous deux avaient même occupé le fauteuil présidentiel.

Depuis neuf ans, chaque mardi le ramenait fidèlement à vos séances. Il avait une secrète dilection à se retrouver dans l'atmosphère sereine d'intimité intellectuelle qu'il respirait ici. Ses amis savaient l'y rencontrer. Il les accueillait d'un visage discrètement souriant, d'une poignée de main courtoise, causait avec eux un moment, puis s'en allait prendre sa place, d'une démarche pesante, traînant quelque peu les pieds, secoué souvent par une de ces quintes rauques et puissantes qui décelaient sa présence avant qu'on n'ait pu l'apercevoir.

Il prenait une part très active à vos travaux. Aucun de vous n'a perdu le souvenir de ses deux rapports, si précis et si sensés, qu'il nous présentait, en janvier et février derniers, sur les dangers d'une alimentation insuffisante pour un personnel médical surmené, comme pour des adolescents soumis à des exercices physiques excessifs. Le 25 mars, il vous réservait encore sa communication originale sur le diabète neurogène hypothalamique d'origine traumatique.

Et voici que sa voix s'est tue... Voici que, dans cette enceinte, il me faut retracer pour vous, en quelques phrases, sa vie de labeur, d'honneur professionnel, de haute valeur morale, vous dire aussi tout ce que l'on doit à ses travaux, comme on fait le bilan d'un exercice clos.

J'en ressens toute l'amère et douloureuse mélancolie.

Francis Rathery naquit à Paris, le 17 juin 1877.

Son père, Roger Rathery, fut médecin de l'hôpital Tenon. C'était un homme laborieux, énergique, digne et brave. La guerre de 1870 l'avait surpris au lendemain d'une première crise de rhumatisme articulaire aigu. Malgré son état de santé, il s'engagea dans une ambulance. Il parcourut toutes les tristes étapes, il connut tous les écœurements de ces heures tragiques ; il fut à Gravelotte et à Saint-Privat, puis à Sedan. Couchant sous la tente, dans la neige et dans la boue, il revint plus malade qu'il n'était parti. Il n'en reprit pas moins ses travaux, franchit le concours du Bureau central, puis succomba prématurément à l'âge de quarante-deux ans, au moment où il venait d'être nommé chef de service à Tenon. Francis Rathery aimait à évoquer les traits d'énergie de ce père qu'il avait si peu connu et qui, pourtant, avait laissé sur son jeune esprit une impression profonde.

Lorsque son père mourut, Francis n'avait que sept ans, mais sa jeune mère avait su remplacer au foyer le père absent ; active, énergique et bonne, elle avait tenu à donner à ses enfants une éducation ferme, mais joyeuse, et s'y était entièrement consacrée ; si bien que de cette enfance, si prématurément frappée par les rigueurs de la vie, Rathery n'avait conservé que des visions d'une très douce et très paisible mélancolie.

Il aimait aussi à évoquer la mémoire de son grand-père maternel, le Dr Dequevauviller, qui fut pour lui d'un admirable dévouement et le guida d'une main sûre. C'était un beau caractère que cet aimable vieillard. Il avait commencé sa carrière comme médecin militaire, d'abord à Strasbourg en 1835, puis en Algérie, à l'époque héroïque des luttes contre Abd-el-Kader. Puis il avait démissionné pour devenir interne des hôpitaux de Paris. Il avait pris part, une seule fois, au concours de chirurgien des hôpitaux, mais il y avait renoncé, révolté contre la partialité qui, déjà à cette époque, régnait en maîtresse dans nos concours. Il s'était donc installé rue Saint-André-des-Arts, au cœur de ce quartier Latin, où Francis Rathery passa toute son enfance et qu'il ne devait jamais quitter. Il trouvait chez son grand-père les traditions et l'ambiance de ses premières années : souvenirs héroïques, travail, probité, bonté, le tout baigné d'une atmosphère de foi chrétienne militante. Le Dr Dequevauviller était un grand croyant et voulut rester jusqu'à sa mort médecin du bureau de bienfaisance.

En 1886, il avait alors neuf ans, le petit Francis fut confié aux éducateurs catholiques qui, en conformité avec ses traditions familiales, allaient diriger ses premières études. Il entra en huitième au collège Stanislas, et y resta jusqu'à la fin de ses études secondaires.

Imbu de cette idée que c'est souvent dans l'enfant et dans l'adolescent qu'on retrouve l'homme, j'ai eu la curiosité (et la possibilité, grâce à la complaisance de notre collègue Jean Hallé) de consulter les vieux registres du collège, pour y suivre l'activité du jeune Francis. Chaque année, indépendamment des prix et des accessits qu'il remportait, Francis était inscrit au Livre d'Or du collège, c'est dire qu'il se faisait remarquer non seulement par ses aptitudes scolaires, mais encore par l'excellence de ses qualités morales. En philosophie, Anatole de Monzie et Henri de Jouvenel furent ses condisciples, et j'imagine volontiers les échanges de vues de ces trois ado-

(1) Éloge par P. Harvier, lu à la tribune de l'Académie de médecine, le 21 octobre 1941.

ÉLOGE NÉCROLOGIQUE *(Suite)*

lescents, touchant les grands problèmes philosophiques. Il devait y avoir dans cette classe de beaux tournois d'éloquence et aussi... quelques belles collisions d'idées!

Ses années de collège terminées, il s'agissait d'aborder les études supérieures. Fils et petit-fils de médecin et, avec cela, philanthrope et chrétien, d'atavisme et d'éducation, la carrière médicale lui paraissait la seule où puissent s'exercer pleinement ses facultés. Il avait dix-sept ans lorsqu'il aborda la médecine. Il se mit au travail avec toute la conscience et toute l'ardeur d'un néophyte. Ses maîtres d'externat furent Albert Josias et Paul Berger. Il était apparenté à Josias, qui fut pour lui un guide éclairé et paternel.

Nos collègues Castaigne et Veau furent ses chefs de conférence d'internat. C'est de ce moment que date la profonde amitié qui le lia à eux, durant toute sa vie. Sous la direction de Castaigne, il s'attacha à l'étude de la pathologie rénale, qui devint par la suite un des pôles de son activité scientifique. Castaigne fut pour lui le plus précieux et le plus éclairé des guides, en même temps que le meilleur et le plus fidèle des amis.

Et quand, aux dernières vacances de Pâques, il subit les premières atteintes du mal auquel il devait succomber, dans ce petit pays de Girolles, où il aimait aller se reposer, c'est son maître Veau qui, l'un des premiers, accourut à son chevet.

Lorsque, en 1899, Francis Rathery fit son service militaire, il était déjà interne des hôpitaux. C'est de cette année-là qu'il a rapporté une autre amitié précieuse qui, celle-là non plus, ne s'est jamais démentie : celle de notre collègue Baudouin. Leurs deux franchises, leurs deux indépendances, leurs deux loyautés étaient faites pour se comprendre et pour s'unir. Ils se sont suivis depuis cette date, entraînés dans le même sillage, aux hôpitaux et à la Faculté, où nul n'accueillit avec plus de joie que Rathery l'accès de Baudouin au Décanat.

Revenu du service militaire, Rathery commence son internat. Il est successivement l'élève de Gilbert, d'André Petit, de Chauffard, de Debove et de Chantemesse. En 1904, il obtient la médaille d'or et passe chez Brissaud son année d'internat supplémentaire. Il reste attaché à Debove, dont il fut successivement le chef de clinique, puis le chef de laboratoire pendant cinq ans. Il ne le quittera qu'en 1909, lorsqu'il sera nommé médecin des hôpitaux.

En 1910, Francis Rathery devient agrégé. Il est d'abord intéressé à l'enseignement de la pathologie interne. La guerre de 1914 interrompt sa carrière au profit d'activités nouvelles auxquelles, je le montrerai tout à l'heure, il a consacré toutes ses forces et toute sa foi de patriote. Au retour de la guerre, en 1919, il reprend ses fonctions d'agrégé, cette fois dans la chaire de thérapeutique, dont M. Carnot était devenu le titulaire. Il contribue avec lui à réorganiser l'enseignement de la thérapeutique. Ensemble, ils renouent la tradition des V. E. M., destinés à faire connaître et apprécier, autant par les jeunes étudiants que par les médecins praticiens, cette richesse incomparable que sont les stations hydro-climatologiques de France. C'est, on peut l'affirmer, sous l'impulsion de ces deux pionniers que l'hydro-climatologie a conquis sa place parmi les sciences médicales annexes.

En 1926, il était nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée. Et, dans cette chaire, il met en œuvre ces mêmes qualités d'organisateur et d'animateur. A force de persévérance, il reconstitue un laboratoire désorganisé et quelque peu délabré, où il va continuer ses recherches expérimentales. Dans l'enseignement de cette chaire, il fait encore figure de novateur — et de la manière la plus heureuse — en conviant les professeurs de l'École d'Alfort à venir, dans son amphithéâtre, instruire les étudiants de ce qu'ils doivent connaître de la pathologie comparée. Rathery occupe cette chaire pendant cinq ans, et ce n'est pas sans regrets, nous dit-il dans sa leçon inaugurale de 1931, qu'il abandonna ce bel instrument de travail pour succéder à Vaquez dans la chaire de Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. Là encore, il innove, en organisant le dimanche matin, à l'usage de ses étudiants et des praticiens, des conférences où sont exposées, soit par lui-même, soit par les collaborateurs qu'il a choisis, les questions neuves ou particulièrement importantes de thérapeutique. Ces conférences paraissaient ensuite sous forme de plaquettes imprimées, dont l'ensemble constitue encore une intéressante et instructive collection.

Un an plus tard, il avait l'honneur d'être reçu à l'Académie de médecine. En 1937, il devenait vice-président de la Société de Biologie. C'était l'an prochain que devait lui échoir la présidence de la Société médicale des hôpitaux, où il eût succédé à son ami Loeper.

Une fois encore, la guerre interrompit sa carrière. Il y fit, nous le verrons, tout son devoir. Il y fit plus, puisque, au cours de cette guerre, il donna à son pays ce qu'un père a de plus précieux : son enfant,

En août 1940, après le coup qui l'avait cruellement frappé, répercuté au centuple par l'affreux dénouement de notre défaite, il reprit sa tâche et s'installa dans la chaire de Clinique de Cochin, où il succédait à Marcel Labbé. Sa leçon inaugurale du 7 novembre 1940, qui ne fut qu'une très intime cérémonie entre lui, ses élèves et ses amis, a laissé à tous un souvenir émouvant. Raidi contre sa douleur, le cœur encore meurtri, il reprenait son poste en soldat, estimant qu'il avait encore une tâche à remplir et qu'il la remplirait jusqu'au bout.

ÉLOGE NÉCROLOGIQUE *(Suite)*

J'ai essayé, dans un trop bref et trop rapide exposé, de tracer la vie universitaire du professeur Francis Rathery. J'ai surtout voulu rappeler ses qualités d'organisateur et d'éducateur, et comment il sut les mettre au service de ses étudiants, avec le perpétuel souci de leur être utile.

A l'hôpital, l'éducateur se doublait du médecin, et il savait mener parallèlement, sans qu'elles se fussent l'une à l'autre préjudiciables, ces deux activités simultanées. Si l'étudiant occupait l'un des pôles de ses préoccupations, le malade occupait l'autre. Il apportait dans son service une conscience, une gravité, une aptitude à tout voir et à tout connaître qui faisaient l'admiration de tous. Et, presque chaque jour, l'heure du déjeuner était depuis longtemps passée qu'il était encore dans les salles ou au laboratoire.

Il avait annexé à son service de médecine générale un service de diabétiques, doublé d'une consultation remarquablement organisée. Chacun de ses malades était pourvu d'un dossier très complet, fait d'une longue observation et de fiches d'examens et d'analyses régulièrement tenues à jour. Il s'était ainsi constitué un matériel d'études incomparable.

Sa nature généreuse, son désir ardent de soulager et d'aider ses malades l'avaient incité à créer à l'hôpital, à côté de l'organisation strictement médicale, une véritable « œuvre sociale pour diabétiques » qui permettait aux malades indigents de recevoir gratuitement ou à faible prix les doses quotidiennes d'insuline indispensables à leur existence. Ses élèves savent l'obstination passionnée qu'il apporta dans cette tâche. Ses malades lui témoignaient en retour un affectueux attachement. Beaucoup l'avaient suivi de Tenon à l'Hôtel-Dieu, puis à la Pitié, puis à Cochin, et, lorsqu'ils apprirent sa mort, leur chagrin fut sincère et significatif ; ils sentaient qu'ils perdaient en lui une manière de Providence.

***

L'œuvre scientifique de Rathery est considérable. Ses travaux les plus remarquables ont trait aux maladies des reins et aux maladies de la nutrition. Je ne puis songer ici qu'à en rappeler les parties les plus originales.

Son premier grand travail fut sa remarquable Thèse sur le *tube contourné du rein*, où la fine structure de la cellule rénale est précisée, grâce à une technique histologique parfaite. Étudiant ensuite les altérations cellulaires dans les néphrites expérimentales, il met en évidence ces lésions de cytolyse et d'homogénéisation du protoplasma qui sont classiques aujourd'hui. Puis, en collaboration avec A. Mayer et G. Schaeffer, il entreprend une série d'études histo-physiologiques, sur le mécanisme de la sécrétion rénale chez les mammifères, qui l'amènent à cette conclusion que le tube contourné joue dans la diurèse un rôle actif, et que le rein ne fonctionne pas seulement comme un filtre, mais comme une glande.

Avec Castaigne, il démontre, pour la première fois, les propriétés néphrotoxiques du sérum des sujets atteints de lésions rénales, et, par cette notion des néphrotoxines, il assure sur une base ferme le concept de la *débilité et de l'hérédité rénales*, et l'interprétation d'un grand nombre d'albuminuries, dites familiales ou physiologiques.

Avec Carnot, il met au point une technique de perfusion rénale qui lui permet d'étudier le rôle du système nerveux dans la sécrétion urinaire, d'expliquer l'hypertension obligatoire des néphritiques chroniques, hypertension nécessaire au fonctionnement d'un rein devenu scléreux, de préciser le mode d'action, direct ou indirect, de différents diurétiques.

De ses travaux cliniques sur les maladies des reins, je ne ferai que mentionner ceux qui concernent les albuminuries intermittentes, les néphrites chroniques sans albuminurie, l'albuminurie acéto-soluble, l'étude des différents procédés destinés à déceler l'insuffisance rénale (réaction xanthoprotéique, indoxylurie, créatinémie).

Je retiendrai aussi ses publications sur la néphrose lipoïdique et l'albuminurie thyroïdienne, et les importants mémoires de critique nosologique qu'il consacra à la classification des néphrites.

Je voudrais m'étendre davantage sur ses travaux très remarquables concernant les perturbations humorales dans les néphrites.

Avec Carnot, il étudie les variations de l'azote non uréique du sérum au cours des affections rénales. Avec Desgrez et Bierry, il signale la possibilité d'un état d'acidose chez les azotémiques et montre ultérieurement les mécanismes par lesquels le rein intervient pour maintenir l'équilibre acidobasique.

Enfin, il consacre de nombreux et importants mémoires à l'étude de l'hypochlorémie dans les néphrites. Il publie la première observation d'hypochlorémie chez un azotémique, dont la rechloruration progressive ramena à la normale le taux de l'urée sanguine, et montre ensuite tout l'intérêt du dosage du chlore plasmatique et du chlore globulaire pour différencier, dans l'hypochlorémie, la chloropénie de la chloropexie tissulaire, la première étant seule justiciable de la rechloruration. Il n'y a pas pour lui d' « azotémie par manque de sel » ; l'hypochlorémie n'intervient qu'en aggravant l'état fonctionnel du rein, et c'est en ce sens qu'elle accroît l'azotémie.

Les recherches de Rathery relatives à la nutrition ont porté sur le foie, sur le métabolisme des glucides, sur l'insuline et sur le diabète sucré.

Appliquant à l'étude du foie l'idée directrice

ÉLOGE NÉCROLOGIQUE *(Suite)*

qui lui avait servi à préciser l'histophysiologie du tube contourné, il met au point une technique parfaite pour approfondir la cytologie fine de la cellule hépatique normale. Il décrit la structure mitochondriale de cette cellule ; il précise, avec A. Meyer et G. Schaeffer, les propriétés physico-chimiques des mitochondries, décrit les lésions cytologiques provoquées par les acides et les bases organiques, par les principaux anesthésiques, par certains régimes ; il établit enfin le parallélisme qui existe entre les différents aspects cytologiques de la cellule et la teneur du foie en acides gras, en cholestérine, en lipoïdes phosphorés.

Ses travaux concernant le métabolisme des glucides sont parmi les plus remarquables. Avec Bierry, il montre tout l'intérêt qui s'attache à l'étude du sucre protéidique et à ses variations dans un grand nombre d'affections. L'hyperprotéidoglycémie lui apparaît, en particulier dans les néphrites chroniques, comme un stigmate chimique qui traduit la perturbation des fonctions de nutrition engendrée par la lésion rénale, et constitue ainsi un élément de pronostic fort important. Ses travaux expérimentaux le conduisent à cette conclusion toute neuve que le sucre protéidique peut se former dans le foie lui-même et, d'autre part, que le foie libère du sucre libre aux dépens du sucre protéidique.

Ses recherches expérimentales sur l'insuline ont commencé dès après la découverte de l'hormone par les savants canadiens. Avec Desgrez et Bierry, il étudie ses tests d'activité, souligne les inconvénients de son mode actuel de titration, précise son action sur les différents métabolismes.

Dans de nombreuses notes communiquées à la Société de Biologie, il démontre qu'il n'y a pas de rapport direct entre le taux de la glycémie et le taux du glycogène hépatique. Les injections d'insuline déterminent toujours l'hypoglycémie, que le foie et les muscles soient riches en glycogène ou qu'ils en soient complètement dépourvus. Enfin, conduit par cette idée que d'autres hormones que l'insuline doivent intervenir dans la pathogénie du diabète, il aboutit à des idées nouvelles concernant la glycogenèse. D'une longue et patiente étude expérimentale, il conclut que le glycogène n'est pas la seule substance glucidique que le foie puisse mettre en réserve, ni l'unique source du sucre sécrété par le foie.

Les recherches cliniques et thérapeutiques de F. Rathery sur le diabète sucré lui ont acquis une réputation méritée tant en France qu'à l'étranger. Son nom fait désormais partie de l'histoire du diabète. Je ne puis citer ici que ses travaux les plus précieux.

Sa division clinique du diabète sucré en diabète simple et diabète consomptif, basée sur le coefficient d'assimilation hydrocarbonée, si importante au point de vue thérapeutique, est devenue classique. Je mentionnerai seulement ses recherches sur le diabète intermittent, sur le diabète syphilitique, sur le diabète des femmes enceintes, ses études sur l'insuline huileuse et l'insuline-protamine-zinc, sur le traitement des diabétiques tuberculeux par la collapsothérapie, associée à l'insuline.

Il s'est attaché à l'étude de l'*acidose des diabétiques*. Après avoir étudié chez l'animal le mode d'excrétion des corps cétoniques et de l'acide β-oxybutyrique, il montre l'intérêt du dosage de cet acide et de la tension du CO^2 alvéolaire pour apprécier l'acidose des diabétiques.

L'étude faite, avec Desgrez et Bierry, des troubles de la nutrition chez les diabétiques le conduit à cette notion si importante des *régimes équilibrés*, qui sont nécessaires dans toutes les formes du diabète. Il fait ressortir, du même coup, l'inconvénient des régimes exclusifs proposés par certains diabétologues étrangers. Dans le diabète consomptif, les régimes équilibrés doivent être établis pour chaque malade, d'après les analyses de sang et d'urine.

Il décrit les modalités de l'insulino-résistance, les *états paradiabétiques*, c'est-à-dire les hyperglycémies sans glycosurie des sujets non diabétiques, et le diabète rénal, insistant sur cette notion que tous les intermédiaires se retrouvent entre le diabète rénal et le diabète vrai. Il est ainsi amené à préciser le *rôle du rein dans le diabète* ; il montre que le rein ne joue qu'un rôle accessoire dans le phénomène de la glycosurie diabétique, et qu'au point de vue de la pratique on ne saurait baser le pronostic du diabète sur le taux de la glycémie, étant donnée l'indépendance entre le taux de celle-ci et celui de la glycosurie.

Enfin, il étudie longuement les *accidents de l'insulinothérapie*, notamment l'hypoglycémie et le coma insuliniques, et montre que la chute de la glycémie ne suffit pas à expliquer tous les accidents de la médication.

Je ne puis terminer l'exposé de ses travaux sans faire allusion à quelques-unes de ses recherches d'*hydrologie*. Il était secrétaire général de l'Institut d'hydrologie et directeur scientifique du Laboratoire d'hydrologie clinique. Il s'attacha tout spécialement à l'étude des eaux bicarbonatées sodiques et à celle des eaux bicarbonatées calciques.

Je mentionnerai enfin quelques-uns de ses ouvrages didactiques les plus importants, spécialement le remarquable article sur la Physiologie des reins, dans le *Traité de physiologie normale et pathologique*, ses livres sur les *fièvres typhoïdes* (fruit de son activité pendant la Grande Guerre), sur le *traitement du diabète*, son *Traité de l'alimention et des régimes chez l'adulte*, ses Cliniques sur le *diabète sucré*, sur les *néphrites* et les *néphropathies*, enfin le *Formulaire de Bouchar-*

ÉLOGE NÉCROLOGIQUE *(Suite)*

dat, dont il assura, par piété filiale, la 37e édition avec la collaboration de Desgrez.

Le gros œuvre de Francis Rathery nous apparaît comme le fruit d'une alliance intime de la clinique et du laboratoire. Homme de laboratoire, Rathery le fut du commencement à la fin de sa carrière. Il consacrait à ses recherches personnelles trois après-midi par semaine. Fort habile dans la technique opératoire sur l'animal, il aimait à reprendre lui-même les expériences difficiles. Patiemment, il les recommençait; complaisamment, il les multipliait ; son temps ne comptait pas, ni sa peine. Ses travaux les plus remarquables ont eu pour base ses recherches de pathologie expérimentale.

***

Il me reste à montrer comment, chez Francis Rathery, les qualités du cœur marchaient de pair avec celles de l'esprit. Il savait se pencher sur les misères ; il y compatissait et les soulageait dans toute la mesure de ses moyens, avec une discrétion si parfaite que nombre de ses charités restaient insoupçonnées et ne nous ont été dévoilées qu'après sa mort.

Pendant de longues années, il se dévoua à cette belle œuvre confraternelle qu'est l'Association des médecins du département de la Seine. Pendant dix ans, il en fut le secrétaire général ; en 1935, il en devint le vice-président, et en 1938, le président. Lorsque, m'a-t-on dit, les règlements, trop rigides à son gré, ne permettaient pas de soulager un des nôtres, dont la situation n'y était pas prévue, il passait volontiers à côté de la lettre, pour ne s'attacher qu'à l'esprit, et s'efforçait de faire adopter les propositions que lui dictait son cœur, naturellement généreux et bon.

Toute sa vie, il fut un des apôtres de la charité dans sa paroisse. Il y payait de ses deniers et de sa personne.

Enfin, Francis Rathery fut aussi un grand patriote. Appelé aux fonctions de médecin-chef de l'hôpital de Zuydcoote, en 1914, il s'y consacra à d'intéressantes recherches sur les fièvres paratyphoïdes, la dysenterie et la grippe. Son expérience, l'étendue de ses connaissances, son esprit d'organisation lui valurent d'être appelé au poste de médecin consultant de la 1re armée.

Et lorsque, vingt ans après, de nouveau la France fit appel à ses enfants, alors que son âge aurait pu le libérer de toute obligation, il tint à

ÉLOGE NÉCROLOGIQUE *(Suite)*

honneur de reprendre son poste, aux Armées, et de continuer à servir. Il avait soixante-deux ans.

Il s'était, d'ailleurs, préparé à cette éventualité, avec toute sa conscience de Français et toute sa probité. Il suivait assidûment les cours de perfectionnement destinés à l'instruction des médecins de réserve. On le voyait souvent, prenant des notes, assis au premier rang de l'amphithéâtre. Il s'astreignait à rédiger les devoirs imposés à ceux qui voulaient tirer profit de cette instruction. Et c'est bien préparé et au courant de toutes les questions militaires que, le 2 septembre 1939, il rejoignait, près de Metz, comme médecin-colonel, le poste de médecin consultant de la 3e armée, qui lui était confié.

C'est là que lui arriva, comme une balle au cœur, la nouvelle affreuse de la mort héroïque de son fils aîné, Jean Rathery, lieutenant au 23e régiment d'infanterie de forteresse. Il était fier de cet enfant qui, comme lui, Français de grande race, mettait au-dessus de tout autre sentiment le dévouement à sa patrie. Jean Rathery s'était engagé dans un corps franc, avide de donner exemple. « Ceux qui sont, comme moi, célibataires et privilégiés de la fortune, écrivait-il à un de ses amis, ont le devoir d'être les premiers au combat et les plus exposés. » Il ne pensait pas, hélas! au moment où il traçait ces lignes, que l'occasion serait proche, pour lui, de ce sacrifice glorieux.

Francis Rathery supporta ce choc avec l'héroïsme des grandes âmes, mais sa douleur fut immense, et je ne puis me défendre, moi qui le rencontrais presque journellement à Cochin, de penser que cette douleur fut la cause initiale, imprécise mais fatale, de sa mort. Tant il est vrai que les tourments du cœur, quand ils atteignent à ce degré d'acuité, cheminent secrètement dans l'intimité de l'être et y dissocient insensiblement, mais sûrement, les forces de résistance et les fibres de la vie elle-même.

Pendant les vacances de Pâques, alors que, fatigué d'un effort qui outrepassait ses forces, il était allé se reposer dans sa maison de l'Avallonnais, il fut frappé de la première atteinte du mal qui devait l'emporter. Dès les premiers jours, on le savait gravement touché. Son fils Michel et son gendre, P. Merklen, luttèrent pied à pied avec un admirable dévouement contre l'affection qui semblait résister à tous leurs efforts. De loin, nous suivions avec angoisse l'évolution de sa maladie, et nous eûmes le cœur allégé lorsque, enfin, Merklen nous annonça qu'il le considérait capable de supporter à la fois son transport à Paris et une intervention chirurgicale, de laquelle nous espérions beaucoup. Il sortit de cette épreuve et, pendant quelques semaines, on le vit lentement renaître à la vie. Mais, hélas ! cette rémission fut de courte durée. Une nouvelle intervention devint nécessaire ; il n'y devait pas survivre et, le 10 juillet 1941, il s'éteignit, entouré des siens.

Nous ne devions plus revoir son beau visage patriarcal. Nous n'entendrions plus sa voix puissante.

Nous perdions en lui un ami, une belle âme, une conscience.

Ce ne sont pas des condoléances que nous adressons aujourd'hui à son admirable femme, deux fois meurtrie, et à ses enfants, mais c'est l'expression d'une peine qui nous atteint comme eux, parce qu'il avait su prendre et garder toute l'affection de notre cœur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1941.

Avortement thérapeutique Droit. Morale. Religion. — M. BALTHAZARD fait une très importante communication sur un sujet qui a souvent été soumis à l'Académie de médecine et qui vient d'être l'objet d'une nouvelle étude dans le dernier *Bulletin de l'Ordre des médecins.*

M. Balthazard reprend l'historique de la question. Il rappelle les nombreuses discussions qu'elle a soulevées au point de vue médical, au point de vue juridique, au point de vue moral et religieux.

L'intervention de M. Balthazard sera le point de départ d'un nouveau débat.

L'Académie a, en effet, nommé une commission qui devra apporter un rapport. Cette commission est composée de MM. Balthazard, Sergent, Couvelaire, Hartmann, Renault, Brouardel, Laubry, Clerc et Bezançon.

Les eczémas professionnels microbiens. — M. A. SÉZARY distingue, parmi les dermatoses professionnelles, des eczémas chimiques, dus à l'action même des substances manipulées, exclusivement connus jusqu'ici, et des eczémas microbiens relevant des agents microbiens de la peau, exaltés dans leur virulence par le mécanisme du biotropisme. Ces eczémas microbiens se reconnaissent à leur aspect objectif (bords nettement arrêtés avec une fine collerette épidermique), à leur persistance malgré la cessation du travail, à leur résistance aux topiques banaux, à leur guérison par les seuls topiques antimicrobiens, souvent même sans interruption du travail.

Quand ils sont purs, ils ne s'accompagnent pas d'épidermo-réactions positives vis-à-vis de la substance manipulée. Ainsi s'explique l'anomalie, qui avait depuis longtemps étonné les observateurs, de dermatoses manifestement professionnelles et s'accompagnant d'épidermo-réactions négatives. Ces eczémas microbiens peuvent survenir d'emblée ou succéder à une dermite chimique; dans ce dernier cas, les tests cutanés sont positifs, ce qui est une cause de confusion. Du point de vue médico-légal, ce sont de véritables dermatoses professionnelles, comme les eczémas chimiques : ils doivent donc, quant à la responsabilité des employeurs, être assimilés à ces derniers.

Rôles respectifs de l'anoxhémie et de l'acapnée dans les troubles des grandes altitudes. Techniques de recherches. — M. BEYNE.

La question des réfugiés et le repliement. — M. ROUÈCHE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 octobre 1941.

Étude humorale d'un cas de pellagre. — MM. MAURICE DÉROT, GERMAINE MILLANT et MAXIME GOURY-LAFFONT. — Le nouveau cas de pellagre que rapportent les auteurs était caractérisé par un érythème avec desquamation des parties découvertes, une tendance à la mélancolie, une aménorrhée persistante et de la porphyrinurie. Au point de vue dermatologique, les auteurs insistent sur la netteté chez leur malade de l'hyperkératose folliculaire des sillons nasogéniens, mais c'est surtout l'étude humorale qui a retenu leur attention. Il existait en effet une anémie avec lymphocytose, une hypoprotidémie avec abaissement du taux de la globuline, une hyperlipidémie sans hypercholestérolémie et une hypochlorémie plasmatique avec hyperchlorie globulaire sans modifications de la réserve alcaline.

L'ensemble de ces troubles a guéri par l'administration d'amide nicotinique et par un régime équilibré. Au point de vue pathogénique l'atteinte hépatique de la malade a paru jouer un rôle important.

M. GOUGEROT pense que l'hyperkératose ponctuée pose la question des rapports entre lupus érythémateux et lucides.

M. GOUNELLE a observé une trentaine de pellagreux. Il souligne la variabilité de la symptomatologie ainsi que des modifications des protides. Les œdèmes sont fréquents.

M. JAUSION souligne la fréquence de l'avitaminose nicotinique qui pourrait jouer non seulement pour les accidents de la lumière, mais aussi pour les accidents du froid.

M. FIESSINGER ne pense pas que le foie joue ici un rôle essentiel ; les troubles humoraux observés dans les hépatites sont différents.

Séance du 31 octobre 1941.

Encombrement bronchique mortel au cours d'un pneumothorax artificiel. — MM. AMEUILLE, HINAULT et A. CORNET rapportent l'histoire d'une malade, tuberculeuse pulmonaire droite, traitée par pneumothorax artificiel qui, après un mois de traitement, commence à faire de l'encombrement bronchique progressif et meurt un mois après dans un tableau d'asphyxie progressive avec râle trachéal. L'autopsie fit découvrir des bronches pleines de mucosités fluides et une ulcération broncho-trachéale droite allant de la bronche de drainage au 5e anneau de la trachée.

Ils émettent l'opinion que le produit qui remplit les bronches est dû à la sécrétion bronchique et non à la transsudation alvéolaire (œdème pulmonaire) ; que l'encombrement n'est pas dû à l'hypersécrétion mais à la stase des produits sécrétés, probablement par hypotonie bronchique.

M. JACOB a observé un cas analogue à la suite d'une thoracoplastie, avec obscurcissement de l'hémithorax et fièvre. La bronchoscopie ramena un muco-pus très épais.

Sur la pathogénie de la paralysie périodique. — MM. LUCIEN ROUQUÈS et CHARLES RIBADEAU-DUMAS rappellent les conclusions d'une étude faite avec M. G. Guillain. L'analyse du trouble moteur et des perturbations électriques ne permet pas de préciser le siège musculaire ou nerveux du processus ; la constatation de modifications légères mais indiscutables

du liquide céphalo-rachidien démontre que la moelle, les méninges ou les racines participent à ce processus. La théorie de l'intoxication intermittente, tout en restant purement hypothétique, a sur les autres l'avantage de ne contredire aucun fait acquis. Les dosages du bloc xantho-urique, de l'acide urique, des bases xanthiques et de la créatinine dans l'urine n'ont donné aucun résultat. Par contre, la toxicité du sérum, étudiée par la méthode de Pagniez, a été manifeste ; elle peut apparaître quelques heures avant la crise, ce qui montre qu'elle n'en est pas la conséquence, et persiste pendant toute sa durée.

M. DELAY critique cette observation du fait de l'existence de crises de tétanie et considère que la méthode des injections intracarotidiennes au cobaye n'est pas probante. L'existeuce d'une poussée hypertensive au cours d'une crise est en faveur de l'hypothèse vaso-motrice. L'origine motrice est d'ailleurs conciliable avec le spasme vaso-moteur.

M. ROUQUÈS précise que la toxicité du sérum a été recherchée loin des accès tétauiques, d'ailleurs frustes, et que l'importance de la toxicité observée dépasse largement les limites de l'erreur.

M. FLANDIN pense qu'il cst difficile de préciser la toxicité du sérum humain par la méthode des injections intracarotidiennes.

M. MOLLARET montre que la topographie des paralysies dans certains cas ne permet pas d'admettre la thèse du spasme de l'artère spinale antérieure que soutint M. Delay.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1941 (suite).

Chondrome du bassin (rapporteur : M. MOULONGUET). — M. ALAIN MOUCHET a opéré un chondrome du bassin, après radiographie et biopsie ; intervention non mutilante : résection de la tumeur et de sa zone d'implantation (branche horizontale du pubis). M. Moulonguet, à ce propos, insiste sur la difficulté du choix de l'intervention en matière de chondromes, la biopsie ne permettant pas de dire si ces tumeurs se comporteront de façon bénigne ou maligne.

M. DESMAREST a observé uu cas analogue à celui de M. Mouchet qui a récidivé *in situ*. Il a renouvelé son intervention non mutilante.

Crises d'épilepsie bravais-jacksonienne subintrantes d'oiigine traumatique ancienne. Intervention d'urgence. Ablation d'un gros bloc fibreux cicatriciel paraventriculaire. Cessation immédiate des crises. — M. DANIEL FÉREY (de Saint-Malo) relate cette intéressante observation personnelle.

Un cas de hernie diaphragmatique gauche étranglée. — M. DE LA MARNIERRE (de Brest) a pu poser le diagnostic d'étranglement de hernie diaphragmatique. Il n'est intervenu qu'au bout de quelques jours, après alcoolisation préalable du phrénique et par voie purement thoracique. Guérison.

M. Sauvé pense que, si la voie thoracique pure suffit en certains cas, la thoraco-laparotomie reste indispensable pour la cure des hernies diaphragmatiques volumineuses.

Dilatation aiguë gastro-duodénale primitive. — M. LAFFITTE (de Niort) rapporte l'observation d'une dilatation aiguë de l'estomac et du duodénum, et présente les clichés radiographiques qui lui ont permis de redresser le diagnostic primitivement porté de volvulus du sigmoïde.

Le tube de Faucher évacua une grande quantité de liquide gastrique, mais pas assez cependant pour permettre l'abstention chirurgicale. L'auteur intervint et observa la striction duodénale par la corde mésentérique.

Il crut devoir pratiquer une duodéno-jéjunostomie de dérivation Mort trois jours après l'intervention, après une amélioration passagère

Embolie et cholestérol. — M. BRÉCHOT pense que l'embolie est parfois en rapport avec des modifications du taux du cholestérol sanguin.

Du drainage. — M. MÉTIVET conclut la discussion et estime qu'en matière de drainage on risque beaucoup moins de nuire en péchant par excès que par défaut. JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 octobre 1941.

Données biologiques sur l'œdème de dénutrition par carence alimentaire. — MM. H. GOUNELLE, R. SASSIER, J. MARCHE et M. BACHET avaient trouvé dans une collectivité, trois semaines avant l'apparition des premiers œdèmes, chez les sujets examinés, une protidémie uormale avec une sérinémie haute, une globulinémie basse et un rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ élevé (jusqu'à 4,44). Seuls trois sujets avaient déjà de l'hypoprotidémie (au-dessous de 60 grammes) ; ils devaient par la suite extérioriser un œdème ; l'hypoprotidémie précède donc ce dernier. Cependant, certains œdémateux ont des taux de protides sanguins qui s'apparentent à la normale. N'ont pas été décelées de perturbations appréciables de la fibrine, des lipides et du cholestérol du sang, ni du chlore, dû sodium, du potassium sériques et urinaires.

Comparaison des résultats fournis par le dosage de l'hémovitamine A et l'examen au photomètre de Chevallier chez des sujets soumis à une même alimentation. Difficultés d'interprétation de certains cas. — MM. H. GOUNELLE, J. GERBEAUX et Y. RAOUL soulignent que, chez des sujets apparemment non carencés, il existe un parallélisme d'ensemble entre les taux de vitamine A du sang et les chiffres du photomètre de Chevallier ; cepeudant, chez certains individus, il n'y a pas de corrélation entre les deux résultats.

Le taux de vitamine A du saug et les résultats à l'appareil de Chevallier peuvent être variables d'une semaine à l'autre chez certains sujets, saus modifications de l'alimentation.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Sur la réaction de floculation « toxine-antitoxine tétanique » pratiquée avec des échantillons de sérum antitétanique d'origine animale différente. — M. G. Ramon a constaté que la « zone de floculation » est moins étendue dans le cas du sérum antitétanique provenant du cheval que dans celui du sérum antitétanique fourni par le mouton.

Il est actuellement difficile de dire si ces modalités de floculation tiennent simplement à un état physico-chimique des constituants sériques, variable d'un sérum à l'autre et suivant leur origine, ou bien si elles sont dues à la présence, dans le groupement moléculaire antitoxique, d'un élément chimique caractéristique de l'espèce à laquelle appartient l'organisme qui a élaboré l'antitoxine. D'ailleurs, ces modalités n'ont qu'une importance minime en ce qui concerne la pratique du dosage des antigènes et des anticorps floculants : elles n'influent pas sur l'apparition de la floculation initiale, principe fondamental sur lequel repose la méthode de titrage par la floculation, et celle-ci garde toute sa signification.

Sur l'antitoxine tétanique et les variations de ses qualités au cours de l'immunisation. — MM. G. Ramon et R. Richou rappellent que l'antitoxine tétanique doit être considérée comme variable dans ses qualités suivant ses origines ; mais également, sous l'influence d'injections successives d'anatoxine, l'antitoxine tétanique subit non seulement des variations quantitatives, mais aussi des modifications qualitatives : la vitesse et la puissance de neutralisation, à l'égard de la toxine, deviennent de plus en plus grandes à mesure que l'immunisation se poursuit.

Taux de l'acide ascorbique surrénal, hypophysaire et hépatique au cours de l'intoxication benzénique subaiguë du cobaye. — M. G. Poumeau-Delille a réalisé, chez le cobaye adulte soumis à un régime riche en vitamine C, une intoxication benzénique subaiguë et a effectué le dosage de l'acide ascorbique avec le 2-6 dichlorophénol-indophénol en utilisant l'électrophotomètre de Meunier.

On observe au début de l'intoxication une baisse du taux de l'acide ascorbique surrénal et, inversement, une forte élévation du taux de l'acide ascorbique hypophysaire ; il en résulte une inversion du rapport : $\frac{\text{acide ascorbique surrénal}}{\text{acide ascorbique hypophysaire}}$ qui, de 1,5, s'abaisse au-dessous de 1.

Le taux de l'acide ascorbique hépatique s'abaisse un peu, puis s'élève légèrement au-dessus du chiffre normal au cours des intoxications un peu prolongées.

La dispersion du « Treponema pallidum » chez les souris inoculées aves des cornées atteintes de kératite syphilitique expérimentale. — M. C. Levaditi constate que, lorsqu'on greffe sous la peau de la souris blanche des fragments de cornées de lapins atteints de kératite syphilitique provoquée par inoculation de souches tréponémiques fraîchement isolées de l'homme, ou n'ayant subi qu'un seul passage sur le lapin, la greffe contient encore des spirochètes jusqu'au trente-cinquième jour. Les parasites subissent progressivement une involution intense, se traduisant par la transformation en boucles, chapelets et granules, puis finissent par se résorber complètement. Mais d'autres tréponèmes apparaissent dans le tissu cutané environnant pour atteindre la couche de Malpighi. La dispersion généralisée s'observe à partir du vingt-cinquième jour.

La tendance à l'involution semble être fonction non seulement de la réactivité de l'organisme contaminé, mais encore du potentiel involutif du germe lui-même.

Taille des virus fixes et des rues déterminées par l'ultrafiltration. — M. C. Levaditi rappelle, à propos d'une note récente de P. Lépine et V. Sautter, qu'il a déjà signalé, entre une souche de virus des rues (éminemment négrigène) et une souche fixe (de négrigenèse pratiquement nulle), des écarts de taille manifestes, quoique faibles, à l'ultrafiltration ; ces différences de taille n'étaient pas dues à des variations de virulence des émulsions ultrafiltrées, car l'activité rabigène initiale était la même.

Levaditi a aussi attiré l'attention sur ce que « l'effet pathogène n'est obtenu que si le nombre des éléments virulents par unité de volume atteint un taux en dessus duquel les résultats sont nuls », et il a également montré « combien les données fournies par l'ultrafiltration peuvent être aléatoires ».

Action sur le pouvoir pathogène du staphylocoque de diverses substances augmentant l'inflammation et stimulant l'immunité. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier ont utilisé, pour renforcer l'inflammation et contrôler l'augmentation consécutive du pouvoir pathogène cutané du staphylocoque, une série de substances telles que le chlorure de calcium, l'alun de potassium, le tapioca et le tanin, qu'ils ont injectées à des doses variables en même temps que la suspension bactérienne. Des lésions inflammatoires et nécrotiques sont obtenues, pendant l'évolution desquelles le staphylocoque, primitivement presque avirulent (pouvoir pathogène 1/10), acquiert un pouvoir pathogène élevé (1/100-1/250), en un temps très court (4 jours). L'acquisition du pouvoir pathogène est parallèle à l'intensité de l'inflammation.

Influence des différents éléments de l'inflammation sur les variations du pouvoir pathogène cutané du staphylocoque. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier, après avoir établi la proportionnalité entre l'importance de l'inflammation déterminée chez le lapin par l'inoculation staphylococcique et l'augmentation du pouvoir pathogène cutané du germe sorti du foyer, ont pu confirmer cette loi en renforçant la réaction inflammatoire par l'injection simultanée d'histamine ou d'éléments figurés, leucocytes ou hématies. Parallèlement, le pouvoir pathogène du germe, primitivement presque nul (1/10), augmente (1/50-1/100) lorsqu'on l'extrait des lésions au quatrième jour et lorsqu'on l'éprouve chez le lapin par la méthode des dilutions croissantes.

F.-P. Merklen.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Louis Girouville, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph. — M. J. Aulat, interne des hôpitaux de Lille, médecin-lieutenant, mort au champ d'honneur.

MARIAGES. — Le Dr R. Gaube (d'Épernay), ancien interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Voillemot, fille du Dr L. Voillemot. — M. André Libert, externe des hôpitaux, fils du Dr Edmond Libert, avec Mlle Françoise Laurent.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Léon Gally font part de la naissance de leur fille Anne-Marie. — Le Dr et Mme Adnet, le Dr et Mme Jacquemin font part de la naissance de leur petite-fille et fille Danielle. — Le Dr et Mme J. Dujardin-Crau font part de la naissance de leur fille Marie-Françoise. — Le Dr et Mme A. Catteau-Thellier de Poncheville font part de la naissance de leur fille Brigitte. — Le Dr et Mme L. Lefebvre-Vandamme font part de la naissance de leur fils Léon.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION MÉDICALE DE LA SANTÉ. — M. le Dr Prades, ancien inspecteur d'hygiène du territoire de Belfort, est reclassé en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé de 1re classe et affecté au département de la Lozère.

M. le Dr Grand, médecin inspecteur de la Santé, en position de disponibilité, est réintégré dans le cadre en qualité d'inspecteur de 2e classe et affecté au département de l'Ardèche.

M. le Dr Vernus, inspecteur adjoint de Saône-et-Loire, est affecté au département de la Vienne et chargé des fonctions d'inspecteur.

M. le Dr Alaroze, inspecteur adjoint de Maine-et-Loire, est affecté au département des Deux-Sèvres et chargé des fonctions d'inspecteur.

M. le Dr Dubas, inspecteur adjoint d'Eure-et-Loir, est affecté au département du Loiret et chargé des fonctions d'inspecteur.

M. le Dr Porte, inspecteur adjoint de Saône-et-Loire, est chargé des fonctions d'inspecteur de ce département.

Sont nommés inspecteurs adjoints de la Santé :

M. le Dr Abbal (Vaucluse) ; M. le Dr Lavoine (Basses-Pyrénées, zone occupée) ; M. le Dr Fournier (Gironde) ; M. le Dr Series (Loire) ; M. le Dr Moncenix (Ardèche).

L'arrêté du 29 septembre 1941 portant affectation dans les Landes de Mlle le Dr Guy, inspecteur adjoint du Pas-de-Calais, est rapporté.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE.— Clinicat. — A la suite du concours, viennent d'être proposés :

Pour la clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital temporaire Piccini : MM. Bretton et Clerc.

Pour la clinique urologique de l'hôpital Cochin : MM. Bouteau et Pertus.

Pour la clinique gynécologique Broca : MM. Mazingarbe et Orsoni.

Pour la chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance, Enfants-Assistés : MM. Gerbeaux, L'Hirondel et Clerc. M. Walther (à titre étranger).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Sont chargés de cours : MM. Harant, pharmacologie ; Granel, histologie et embryologie ; Laux, anatomie topographique ; Ferrier, stomatologie ; Harant, histoire naturelle médicale ; Monnier, chimie biologique ; Sagols, direction des travaux pratiques de physique ; Chaptal, thérapeutique ; Richard, histoire naturelle et pharmacologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Cordier, étudiant de 5e année, est chargé des fonctions de chef de clinique d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Nancy.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'HANOI. — Par décret en date du 15 octobre 1941, l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine prend le nom de *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Indochine* (*J. O.*, 19 octobre 1941).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — **Externat.** — Le prochain concours aura lieu le jeudi 11 décembre 1941, à 9 h. 30, à la salle Wagram. Les inscriptions des candidats seront reçues à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Service de Santé, escalier A, 2e étage, du 3 au 17 novembre 1941 inclus, de 14 à 17 heures.

Des dispositions spéciales ont été prises concernant les mobilisés et les prisonniers.

Prix de l'internat (médecine). — Un concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de 4e année (Concours de médecine) [année 1941-1942] aura lieu le lundi 19 janvier 1942, à 9 heures, à la salle du Conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Prix de l'internat (chirurgie et accouchement). — Un concours pour les prix à décerner à MM. les élèves en médecine de 4e année (Concours de chirurgie et d'accouchement) [année 1941-1942] aura lieu le jeudi 15 janvier 1942, à 9 heures, à la salle du Conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, 2e étage.

HOPITAUX D'ANGERS. — Après concours, ont été nommés :

Ophtalmologiste des hôpitaux : M. le Dr R. Rousseau ;

Ophtalmologiste adjoint : M. le Dr Hermann ;

Oto-rhino-laryngologiste adjoint : M. le Dr Vanden Bossche.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Commandeur* : M. Musin (Edmond), médecin radiologue à Amiens.

Chevalier : M. le Dr Jayle (Max-Fernand), professeur agrégé de chimie médicale, chef de laboratoire à l'École de puériculture de Paris.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Vaccinations obligatoires. — Un arrêté ministériel, en date du 15 septembre (*J. O.* du 19 octobre 1941), approuve les modèles des fiches, listes, déclarations, avertissements et carnets de vaccination nécessaires à l'application des lois sur les vaccinations obligatoires.

Médecins prisonniers. — Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine désire connaître les noms des médecins exerçant dans le département de la Seine actuellement prisonniers.

Il serait reconnaissant à toute personne qui voudrait bien lui transmettre les renseignements suivants : nom, adresse, situation de famille, religion, concernant les médecins prisonniers qu'elle pourrait connaître. (*Communiqué.*)

Médecins de la zone interdite. — Les médecins de la zone interdite résidant actuellement dans le département de la Seine et désirant reprendre leur ancien poste sont priés de faire connaître d'urgence, au Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, leur nom, prénoms et adresse. (*Communiqué.*)

Utilisation des permis de circulation. — Au moment où la restriction des permis de circuler en automobile apporte une si grande gêne à l'exercice de la profession médicale, le Conseil de l'Ordre rappelle aux médecins à qui il a été permis de garder leur voiture que celle-ci ne doit transporter que des médecins et n'être utilisée que pour des fins professionnelles. (*Communiqué.*)

NOUVELLES *(Suite)*

Soins aux membres et ressortissants de l'armée allemande. — Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine est prié de rappeler à tous les médecins du département qu'il leur est formellement interdit, sous peine de sanctions sévères, de donner des soins aux membres et ressortissants de l'armée allemande. (*Communiqué.*)

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie (Professeur : M. CHIRAY ; agrégé : M. L. JUSTIN-BESANÇON).

1° *Enseignement théorique élémentaire*, par le professeur et l'agrégé, au petit amphithéâtre de la Faculté, à partir du lundi 10 novembre, à 18 heures, puis les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les leçons du lundi et du mercredi seront consacrées à l'hydrologie thérapeutique, et celles du vendredi à la climatologie.

2° *Démonstrations pratiques d'hydrologie clinique*, par le professeur agrégé L. Justin-Besançon, le jeudi, à 11 heures, dans le service du professeur M. Chiray, à l'hôpital Bichat.

Mercredi 12 novembre. — Crénothérapie des maladies de l'estomac.

Vendredi 14 novembre. — Histoire de la climatologie. Les grands climats de France et leur action physiologique.

Lundi 17 novembre. — Crénothérapie des maladies de l'intestin (première partie).

Mercredi 19 novembre. — Crénothérapie des maladies de l'intestin (seconde partie). Histoire radiologique d'une typhlocolite traitée à Châtelguyon.

Vendredi 21 novembre. — Climats et stations climatiques des Alpes.

Lundi 24 novembre. — Les grandes stations thermales françaises pour le traitement des maladies du tube digestif. Châtelguyon, Plombières, Vals, Pougues (cinéma, projections).

Mercredi 26 novembre. — Crénothérapie des maladies du foie.

Vendredi 28 novembre. — Climats et stations climatiques des Pyrénées.

Lundi 1er décembre. — Crénothérapie des maladies des voies biliaires.

Mercredi 3 décembre. — Les grandes stations thermales françaises pour les maladies du foie et des voies biliaires. Vichy (cinéma).

Vendredi 5 décembre. — Climats et stations climatiques de plaine.

Lundi 8 décembre. — Crénothérapie du diabète.

Mercredi 10 décembre. — Crénothérapie des affections rhumatismales et des traumatismes ostéo-articulaires.

Vendredi 12 décembre. — Technique et surveillance des cures climatiques.

Lundi 15 décembre. — Les grandes stations thermales françaises pour le traitement des rhumatismes et des traumatismes ostéo-articulaires. Aix, Dax, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault (cinéma).

Mercredi 17 décembre. — Crénothérapie des maladies du rein et des voies urinaires. Les grandes stations thermales pour le traitement de ces maladies. Évian, Saint-Nectaire, La Preste (cinéma, projections).

Vendredi 19 décembre. — Thalassothérapie.

Lundi 22 décembre. — Crénothérapie de la goutte et de l'oxalurie ; de l'obésité et de la maigreur.

Mercredi 24 décembre. — Les principales stations thermales françaises pour le traitement de l'uricémie, de l'uraturie, de l'oxalémie et de l'oxalurie, et celui de la lithiase rénale. Vittel, Contrexéville et les stations des Vosges (cinéma, projections).

Mercredi 7 janvier 1942. — Crénothérapie des maladies du cœur, de l'appareil circulatoire et du sang.

Vendredi 9 janvier. — Traitement thermo-climatique des affections chirurgicales tuberculeuses.

Lundi 12 janvier. — Les grandes stations thermales françaises pour le traitement des maladies du cœur, de l'appareil circulatoire et du sang. Royat, Bourbon-Lancy, Bains-les-Bains, Bagnoles, Aix-en-Provence (projections).

Mercredi 14 janvier. — Crénothérapie des maladies de la peau et de la syphilis. Les grandes stations thermales qui leur sont consacrées.

Vendredi 16 janvier. — Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire (première leçon).

Lundi 19 janvier. — Crénothérapie des affections oto-rhino-laryngologiques.

Mercredi 21 janvier. — Les grandes stations pyrénéennes et alpines françaises pour le traitement des affections oto-rhino-laryngologiques, cutanées.

Vendredi 23 janvier. — Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire (deuxième leçon). Sanatoria et préventoria.

Lundi 26 janvier. — Crénoclimatothérapie des affections pulmonaires non tuberculeuses.

Mercredi 28 janvier. — Crénoclimatothérapie des affections gynécologiques.

Vendredi 30 janvier. — Bioclimatologie. Météoropathologie. Rythme nycthéméral.

Lundi 3 février. — Crénoclimatothérapie des maladies de l'enfant et du lymphatisme.

Mercredi 5 février. — Crénoclimatothérapie des affections du système nerveux.

Vendredi 7 février. — Les grandes stations thermales françaises. Leur classification physico-chimique, géographique, hydrogéologique et biologique.

Lundi 10 février. — Héliothérapie.

Mercredi 12 février. — La pratique des cures thermales. Techniques diverses. Crises et réactions thermales. Examens de laboratoire. Déontologie. Rôle économique du thermalisme.

Vendredi 14 février. — Thermoclimatisme social.

Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur : M. MAURICE LOEPER ; assistant : M. le professeur agrégé LEMAIRE). — Conférences pratiques du samedi, amphithéâtre Hayem, à 11 heures.

22 *Novembre.* — Professeur Lemaire : L'anorexie et les excitants de l'appétit.

29 *Novembre.* — Dr Varay : Les causes de la douleur gastrique et la médication sédative.

6 *Décembre.* — Dr Binet : L'hypersécrétion et les alcalins.

13 *Décembre.* — Dr Debray : Les étapes du traitement de l'ulcus.

20 *Décembre.* — Dr Moutier : Le traitement des gastrites et le contrôle gastroscopique.

10 *Janvier* 1942. — Dr Mallarmé : Les troubles digestifs de carence.

17 *Janvier.* — Dr René Gaultier : Le traitement des dyspepsies duodénales et les enseignements de la coprologie.

24 *Janvier.* — Dr G. Ledoux-Lebard : Le traitement de la stase intestinale et les enseignements de la radiologie.

31 *Janvier.* — Dr Boltanski : Le symptôme diarrhée, ses causes et son traitement.

7 *Février.* — Professeur Loeper : L'atonie gastro-intestinale et la léiasthénie.

14 *Février.* — Dr Durel : La colibacillurie et les sulfamides.

NOUVELLES *(Suite)*

21 *Février*. — Professeur Chabrol : Le foie torpide et le foie insuffisant.

28 *Février*. — Professeur Cachera : La stase portale.

7 *Mars*. — Dr Siguier : Médication cholagogue et cholérétique.

14 *Mars*. — Dr Cottet : Les trois médications de la lithiase biliaire.

21 *Mars*. — Dr Mauric : Intolérance et anaphylaxie digestives.

28 *Mars*. — Dr Perrault : Les intoxications alimentaires.

18 *Avril*. — Professeur Justin-Besançon : Utilisation thérapeutique de la vitamine P.-P.

25 *Avril*. — Professeur Bariéty : La carence scorbutique.

2 *Mai*. — Professeur Guy Laroche : Les œdèmes de carence.

9 *Mai*. — Dr Decourt : La carence calcique.

16 *Mai*. — Dr Weissenbach : Traitement de l'état goutteux.

23 *Mai*. — Professeur Loeper : Régime et traitement de l'oxalémie.

30 *Mai*. — Dr Gilbrin : L'oxycarbonémie.

6 *Juin*. — Professeur de Gennes : Les trois traitements de la maladie d'Addison.

13 *Juin*. — Dr G. Ledoux-Lebard : La cachexie hypophysaire.

20 *Juin*. — Dr Sainton : Les médications symptomatique et physiologique des hyperthyroïdies.

27 *Juin*. — Professeur Coste : Le meilleur traitement du rhumatisme chronique.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — Les conférences hebdomadaires sur les « problèmes psychiatriques » ont commencé sous la direction du professeur LAIGNEL-LAVASTINE le dimanche 9 novembre 1941, à 11 heures, et continuent tous les dimanches, à la même heure.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 16 *Novembre*. — M. Vinchon : Conception moderne des humeurs dans la mélancolie.

23 *Novembre*. — M. Marchaud : Considérations anatomo-biologiques sur la démence précoce.

30 *Novembre*. — M. Puech : Traitement chirurgical de l'épilepsie.

7 *Décembre*. — M. Porc'her : Inhibition et barrage.

14 *Décembre*. — M. Micoud : Syndromes subjectifs des traumatismes craniens et épilepsie.

21 *Décembre*. — M. Verlhomme : Dix mois de séjour à Sainte-Anne.

Cours de pathologie chirurgicale (Professeur : M. N...). — M. le Dr SICARD, agrégé, a commencé son cours de pathologie chirurgicale le mardi 4 novembre 1941, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie (Professeur : M. M. TIFFENEAU). — M. le professeur Tiffeneau a commencé son cours le lundi 27 octobre, à 16 heures, et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Avis. — Par suite de l'organisation d'un cours de séméiologie élémentaire fait à l'usage des étudiants de 1re année, le cours d'embryologie de M. le Dr Giroud, agrégé, est remis à une date ultérieure, qui sera fixée prochainement.

Service d'endocrinologie (Dr FERRIER) Hôpital Léopold-Bellan, 7, rue du Texel (métro : Edgard-Quinet). — Dans le cours de l'année scolaire 1941-1942, trois séries de conférences seront consacrées à l'endocrinologie. Un premier cycle étudiera spécialement l'*endocrinologie de la jeunesse* et s'étendra du 12 novembre au 24 décembre 1941.

Les conférences auront lieu le mercredi et le dimanche, à 10 h. 30, dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

La conférence inaugurale sera faite par M. Georges Lamirand, secrétaire d'État à la Jeunesse, le mercredi 12 novembre, sur l'intérêt social de l'endocrinologie dans la formation de la jeunesse.

Dimanche 16 novembre. — Dr Marcel Ferrier : Physiologie du système endocrinien de la naissance à l'âge adulte. Ses moyens d'étude.

Mercredi 19 novembre. — Dr Marcel Ferrier : La puberté.

Dimanche 23 novembre. — Dr Albeaux-Fernet : La croissance et ses anomalies. Les syndromes adiposo-génitaux.

Mercredi 26 novembre. — Dr Albeaux-Fernet : Le diabète infantile.

Dimanche 30 novembre. — Dr Albeaux-Fernet : Hyperthyréose et hypothyréose de l'enfance.

Mercredi 3 décembre. — Dr Marcel Ferrier : Les syndromes de dysharmonie hypophyso-ovarienne.

Dimanche 7 décembre. — Dr Pouliot : Les symptômes génitaux des endocrinopathies, les troubles menstruels de la jeune fille.

Mercredi 10 décembre. — Dr Desmarest : Les symptômes digestifs des endocrinopathies.

Dimanche 14 décembre. — Dr Guillaume : Les symptômes nerveux des endocrinopathies.

Mercredi 17 décembre. — Dr Martiny : Les symptômes morphologiques : corrélations entre la biotypologie, l'endocrinologie et l'orientation professionnelle.

Dimanche 21 décembre. — Professeur Desmarets : Les thérapeutiques chirurgicales des affections endocriniennes de la jeunesse.

Mercredi 24 décembre. — Drs Pretet et Tissandié : Le diagnostic endocrinien. Fiche d'observation. Visite du service. Démonstration des appareils.

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 22 *Octobre*. — M. SATGÉ, Contribution à l'étude des expectorations bacillifères au cours des suppurations pulmonaires. — M. LAGROUA, La vaccination au B. C. G. par scarifications cutanées et l'allergie consécutive. — Mlle TYRAUD, Pachyonychie congénitale. — M. COMBES-HAMELLE, Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant.

5 *Novembre*. — M. ROUX, Le signe de Cullen. — M. LE LOUET, Contribution à l'étude de l'action du dagénan dans l'urétrite gonococcique. — M. SOULLARD, Les recto-colites hémorragiques chroniques à poussées successives de cause inconnue. Étude critique du traitement sulfamidé.

THÈSES VÉTÉRINAIRES. — 22 *Octobre*. — M. CAUBERT, Intoxication par la colchique d'automne chez le poulain. — M. DURAND, Cardiopathie gauche et signes d'emphysème pulmonaire chez le chien. — M. BOIVIN, Contre-indications et indications de la délivrance manuelle dans l'espèce bovine.

23 *Octobre*. — M. LECOMTE, Garde juridique des animaux domestiques. — M. MEUNISSIER, Lapin et gibier dans l'alimentation de l'homme.

5 *Novembre*. — M. LHOUMEAU, Actinomycose des carnivores domestiques. — M. FROUIN, Responsabilité civile encourue au cours de l'exercice de la pharmacie vétérinaire. — M. MOREAU, L'asthme bronchique des carnivores.

NÉCROLOGIE

LE Dr FÉLIX LOBLIGEOIS (1874-1941).

Nous tenons à saluer la mémoire de Félix Lobligeois, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, nouvelle victime du devoir professionnel, qui a succombé aux atteintes de radiodermites ayant nécessité successivement l'amputation des deux bras.

On sait que, peu de jours après l'amputation de son deuxième bras, le Maréchal lui avait adressé un message personnel en lui faisant remettre la plaque de grand officier de la Légion d'honneur, demandée pour lui par le Ministre de la Santé, notre collègue Serge Huard. Simultanément, le Dr Musin (d'Amiens) était promu commandeur pour accidents dus, aussi, aux rayons X.

Lobligeois, dès le début de ses études médicales, avait été attiré par la radiologie naissante ; en 1908, il était nommé électro-radiologiste des hôpitaux et chef de service d'un hôpital d'enfants, à Bretonneau ; il y est resté jusqu'à sa retraite, en 1937.

Pendant la guerre 1914-18, Lobligeois dirigea, aux Armées, une formation de radiologie.

Il avait été élu président de la Société d'électro-radiologie, puis de la Société de médecine de Paris.

Il avait, d'autre part, été élu conseiller municipal de Paris par le quartier des Batignolles, qu'il représenta pendant vingt ans ; il fut même élu vice-président de l'Assemblée municipale. Il s'y occupa surtout, avec toute sa compétence médicale et hospitalière, des questions d'assistance.

Lobligeois était un collègue très sympathique, d'une grande simplicité et d'une grande aménité. J'avais eu l'heureuse chance de faire, avec lui, une croisière sur les côtes d'Espagne, en un voyage de propagande organisé par les Médecins espagnols et par leur Gouvernement, à l'instar de nos V. E. M. J'avais pu, alors, apprécier tout le charme de son amitié, et je conserve un souvenir ému des quelques jours d'intimité que nous avons vécus ensemble. Déjà il était amputé d'un bras, et cette grave diminution, le danger imminent qu'il courait encore n'empêchaient ni sa gaîté, ni sa cordialité, ni son admiration pour les trésors de l'art espagnol qu'on nous montrait. Il acceptait, le plus simplement du monde, son sacrifice pour ses malades et ne regrettait rien... Son souvenir restera cher à ses amis et à la population parisienne qu'il représentait.

Ainsi s'allonge la glorieuse liste des pionniers de la radiologie, victimes de la terrible action cancérigène, à longue échéance, des rayons X.

Il y a un an, à l'Hôtel-Dieu, nous fermions les yeux de Vaillant, lui aussi amputé des deux bras.

Je garde comme une relique la carte d'adieux qu'avait envoyée à ses amis le professeur Bergonié, quelques jours avant sa mort, et où il avait encore pu écrire, avec son moignon d'amputé, ces simples lettres héroïques : « p. p. c. » !

Mais quand donc finiront ces terribles sacrifices humains ? Eux, du moins, ont sauvé bien des vies et servi à la fois la Science et l'Humanité...

PAUL CARNOT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCLARATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES ET SECRET MÉDICAL

A propos d'une circulaire ministérielle insuffisamment appliquée

par Lucien PÉRIN
Médecin chef de service à la Maison de Saint-Lazare,
Contrôleur technique au Ministère de la Santé publique.

Une circulaire en date du 14 janvier 1941, adressée par le Ministre de la Santé publique aux Médecins par l'intermédiaire des Préfets et des Médecins inspecteurs de la Santé, a prescrit comme obligatoires un certain nombre de mesures concernant l'organisation de la lutte antivénérienne en France, dont l'application jusqu'à ce jour est loin d'avoir été générale.

Ces mesures sont :

1° *La déclaration numérique des maladies vénériennes contagieuses ;*

2° *L'obligation des enquêtes épidémiologiques ;*

3° *La déclaration nominale des malades récalcitrants.*

Négligées ou complètement ignorées par certains, discutées ou critiquées par d'autres, elles placent les Médecins devant des problèmes délicats intéressant non seulement la santé publique, mais encore leurs relations avec les

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS (*Suite*)

malades et notamment la question du secret professionnel. Par le but qu'elles se proposent, par les réactions qu'elles ont provoquées, par l'intérêt qui s'attache à leur réalisation, elles prennent dans les circonstances présentes une importance toute particulière. Nous nous proposons, dans les lignes qui suivent, de rappeler brièvement leur teneur, les arguments qui leur sont opposés, les justifications aussi qu'on est en droit de leur donner.

Les mesures dont il s'agit, considérées par certains « comme révolutionnaires (!) » complètent en réalité des instructions déjà anciennes, contenues notamment dans l'arrêté du 10 décembre 1936 et dans le décret-loi du 29 novembre 1939 sur la prophylaxie des maladies vénériennes. Elles peuvent être résumées de la façon suivante :

1° *Déclaration numérique des cas de maladies vénériennes contagieuses.* — Les Médecins qui observent un cas de maladie vénérienne contagieuse doivent en faire la déclaration numérique immédiate au Médecin inspecteur de la Santé ou à son délégué dans la région où ils exercent.

Cette déclaration, qui ne fait pas mention du nom du malade, indique dans chaque cas la nature de l'affection constatée (syphilis primaire ou secondaire, blennorragie, chancre mou, maladie de Nicolas-Favre).

Son obligation s'étend non seulement aux malades soignés dans les dispensaires et dans les organismes antivénériens, pour lesquels elle était déjà en vigueur, mais encore aux cas de maladies constatées ou traitées par *tous les Médecins sans exception*, qu'ils exercent en clientèle, à l'hôpital ou dans un établissement sanitaire quelconque.

2° *Enquêtes épidémiologiques.* — En vue de dépister les sources de contamination et d'entraver la diffusion des maladies vénériennes dans toute la mesure du possible, le Médecin procédera dans chaque cas à une enquête épidémiologique relative à l'*origine* de l'infection. Il s'efforcera d'obtenir du malade tous les renseignements utiles dans ce but et les consignera sur une *feuille épidémiologique* du type figuré à la page suivante (à défaut sur une autre feuille de type voisin, voire une feuille de papier libre).

Si le Médecin désire faire lui-même l'enquête ou s'il dispose d'une Assistante sociale pouvant s'en charger (services hospitaliers, dispensaires ou organismes antivénériens), il lui suffit de porter sur cette feuille la mention : « Enquête en cours ».

Dans le cas contraire, il remplira cette feuille avec le maximum de détails et l'adressera dans les vingt-quatre heures à l'Autorité sanitaire départementale compétente (Médecin inspecteur de la Santé ou son délégué) qui pratiquera ou fera pratiquer l'enquête (1).

L'envoi de la feuille épidémiologique se fait en franchise postale, sous pli fermé, et tient lieu de déclaration numérique.

3° *Mesures concernant les malades récalcitrants.* — Dans le cas où un sujet porteur de lésions contagieuses néglige ou refuse systématiquement de se faire traiter et constitue ainsi un danger pour la santé publique, le Médecin doit le signaler *nominalement* à l'Autorité sanitaire responsable qui prendra toutes mesures utiles pour le mettre à l'abri de nuire, au besoin en le faisant hospitaliser d'office. Cette déclaration portera le nom, l'adresse, l'âge et le sexe du malade, ainsi que la maladie constatée ; elle parviendra à l'Autorité sanitaire huit jours au plus tard après que la preuve du mauvais vouloir du malade aura été établie et que les efforts de persuasion pour l'amener à se soigner bénévolement se seront montrés inutiles.

Cette mesure est le complément de l'article 2 du décret-loi du 29 novembre 1939 qui prévoit le pouvoir de déclaration du Médecin dans le cas d'*imprudence nocive* commise par le malade. Entre dans cette catégorie le cas de toute personne atteinte d'affection vénérienne contagieuse qui cesse de se faire traiter avant la guérison de ses accidents, sans justifier de raisons valables ou sans donner la preuve qu'elle est soignée par un autre Médecin.

En vue d'éviter des déclarations abusives, le Médecin appelé à traiter un malade contagieux doit s'enquérir si ce dernier n'était pas déjà traité par un autre Médecin. Dans l'affirmative, il avertira le premier Médecin que le malade est soigné par lui. Dans le cas où le patient hésiterait à fournir le nom de son premier Médecin, le second devrait le prévenir qu'il court le risque d'être l'objet d'une déclaration nominale de la part du premier.

(1) A Paris et dans la région parisienne, l'Autorité sanitaire chargée provisoirement de recueillir les déclarations et les enquêtes est le Médecin-chef du Dispensaire de salubrité, Préfecture de Police, 3, quai de l'Horloge, Paris (Ier).

Les feuilles épidémiologiques sont fournies sur demande par la Ligue de Prophylaxie sanitaire et morale, Institut Alfred-Fournier, 27, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

***

Ces mesures, considérablement grossies ou déformées, ont provoqué dans certains milieux médicaux un émoi injustifié. Leurs détracteurs font valoir des arguments multiples. Elles se-

ver ainsi le danger que l'on se propose d'écarter. Les enquêtes épidémiologiques feraient sortir le Médecin du rôle strictement confidentiel qu'il doit garder à l'égard des malades. Elles prêteraient aux dénonciations calomnieuses et risqueraient de mettre en cause des personnes

Feuille épidémiologique.

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR
par le Médec n à l'appui de la déclaration (non nominative) d'un cas de maladie vénérienne.

Nature de l'affection. . . . .

Rapport incriminé.
Date de la constatation. . . . .
Date probable de la contamination.. . . . .
Lieu de la contamination. . . . .
. . . .
. . . .
. . . .

Lieu de rencontre de l'agent contaminateur. . . . .
. . . .
. . . .
. . . .

Renseignements sur l'agent contaminateur (masculin ou féminin).
Nom. . . . . Prénoms. . . . .
Surnom. . . . .

Catégories :
1° *Prostituées* { Femme en maison de tolérance. . . . .
{ Femme en carte. . . . .
2° Contamination conjugale. . . . .
3° Origines diverses (profession, lieu de travail, usine, etc...). . . . .
. . . .
. . . .

État signalétique : Age apparent. . . . . . . Couleur des cheveux . . . .
Corpulence. . . . . Yeux. . . . .
Habillement . . . . Taille.. . . . .
Accent . . . .
Signes particuliers (verrues, taches de vin, cicatrices, dents en or, maquillage, etc...). . . . .
. . . .
. . . .
. . . .

Rapports éventuels avec d'autres personnes.
Avant le début de l'infection. . . . .
. . . .
Depuis le début de l'infection. . . . .
. . . .
. . . .

raient contraires au secret que le Médecin doit au malade. La déclaration des maladies vénériennes ne pourrait être assimilée à celle des maladies contagieuses en général, en raison de leur caractère compromettant pour le malade et du renom de « maladies honteuses » qui s'y attache. Elle aurait pour effet de détruire la confiance des malades en leur Médecin, de les éloigner de se faire traiter et d'aggra-

innocentes. La déclaration nominale des malades récalcitrants et l'obligation du traitement qui en découle placeraient le malade sous la dépendance trop directe du Médecin et porteraient une insupportable atteinte à sa liberté, etc., etc...

Sans doute prises à la lettre et appliquées sans discernement, certaines de ces mesures pourraient donner lieu à des abus. Aussi bien

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

convient-il d'en comprendre l'esprit et de ne pas leur donner un sens qu'elles n'ont pas. Il n'est nullement question, en effet, de saper la confiance que les malades doivent avoir dans leur Médecin ou d'user de contrainte à leur égard là où la persuasion peut suffire : le but est simplement d'intensifier la lutte antivénérienne par tous les moyens et de diriger les efforts déjà entrepris dans ce sens avec une énergie accrue, au moment où ils constituent un facteur vital pour l'avenir de notre pays.

La première ne saurait soulever d'objection sérieuse. Même si l'on admet le préjugé absurde et archaïque des maladies honteuses, elle ne lèse personne, car il s'agit d'une déclaration purement *numérique*, indiquant uniquement l'affection constatée et ne faisant aucune mention du nom ou de l'adresse du malade. Cette déclaration est, à cet égard, plus discrète que celle des autres maladies contagieuses. Son but est de renseigner les pouvoirs publics sur la morbidité vénérienne de l'ensemble de la population ; en dehors de son intérêt statistique, elle est appelée à rendre des services importants dans la lutte antivénérienne, sans heurter en rien le secret dû au malade.

Les *enquêtes épidémiologiques* posent une question plus délicate à résoudre. Bien qu'elles aient été jusqu'à ce jour systématiquement ignorées par de nombreux Médecins, elles font partie de leurs attributions d'une manière directe au même titre que les enquêtes familiales. En présence de tout malade vénérien, le Médecin doit, en effet, toujours se demander non seulement quel est l'état du conjoint, mais encore à quelle source l'affection a été contractée. Toutefois, elles doivent être pratiquées avec prudence, et il n'appartient pas au Médecin de pousser son interrogatoire au delà d'une certaine limite.

Il arrive en effet fréquemment que le malade *ne veuille rien dire*. Dans ce cas, le Médecin doit insister discrètement, en essayant de lui faire comprendre l'utilité de cette enquête. S'il n'obtient rien, il bornera là ses investigations et consignera sur la feuille épidémiologique que ses démarches sont restées inutiles.

Si le malade ne donne que des *renseignements imprécis*, le Médecin consignera ces renseignements ainsi qu'il a été dit plus haut, avec tous les détails qu'il aura pu recueillir. Il suffit parfois d'un détail en apparence insignifiant pour faire aboutir une enquête jugée par avance impossible. J'ai le souvenir, au cours de la guerre, d'un soldat atteint de chancre syphilitique, qui prétendait avoir été contaminé par une femme dont il donnait le signalement suivant : Femme châtaine, de taille et de corpulence moyennes, sans signes distinctifs, prénommée M..., rencontrée dans une grande ville de province. Il ajoutait toutefois qu'elle était employée dans un magasin de chaussures situé au voisinage de la gare. Aucun rapport avec d'autres femmes ne pouvait être incriminé. Je transmis par principe ces renseignements à l'Inspecteur départemental d'hygiène (1) de la ville en question, sans illusion sur leur valeur et sans grand espoir de les voir servir. Quelle ne fut pas ma surprise lorsque j'appris à quelque temps de là que l'Inspecteur d'hygiène, qui *voulait aboutir*, avait pu retrouver la femme, effectivement atteinte de syphilis secondaire ! Celle-ci ignorait son affection et recevait chez elle de nombreux amis dans l'intervalle de son travail. Que d'infections furent ainsi évitées, grâce à un renseignement banal !

Si le malade donne des *renseignements précis* sur la personne incriminée (nom, adresse, etc.), deux cas doivent être distingués suivant que la personne désignée est, ou non, une prostituée.

S'il s'agit notoirement d'une *prostituée* (femme en carte, femme de maison, etc.), aucun argument valable ne peut empêcher le Médecin de transmettre ces renseignements, et il a le devoir de les transmettre avec le maximum de rapidité. La célérité s'impose en particulier dans le cas où la femme incriminée est une femme de maison, d'où peuvent résulter des contaminations en série (2). Quel que soit leur résultat, la légitimité de ces enquêtes saute aux yeux, et le secret médical ne saurait raisonnablement être invoqué contre elles.

Si la personne désignée *n'est pas une prostituée* ou du moins n'est pas supposée telle, on comprend que le Médecin témoigne d'une certaine réserve devant les suites éventuelles de l'enquête : celle-ci peut, en effet, découvrir son malade ou le mettre indirectement en cause. La désignation peut être fausse et atteindre une personne innocente. Ces scrupules ne doivent cependant pas l'empêcher de transmettre les renseignements tels qu'il les reçoit du malade. L'Autorité sanitaire chargée de les recueillir

(1) Les Inspecteurs départementaux d'hygiène *ont*, depuis un an, pris le titre de Médecins inspecteurs de la Santé.

(2) Voy. *Bulletin de la Société française de dermatologie syphiligraphie*, séance du 13 février 1941, p. 141-153.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

est en effet un Médecin lui-même tenu au secret. L'enquête est pratiquée par lui ou par une Assistante sociale rompue à ce genre de démarches et qui présente toutes les garanties de tact, de prudence et de discrétion nécessaires. Le malade doit être d'ailleurs prévenu qu'il s'expose à des recours judiciaires dans le cas où il porterait de fausses accusations et où sa mauvaise foi serait reconnue. Cette disposition, valable pour les deux sexes, a pour but d'éviter les dénonciations calomnieuses et de faire réfléchir les intéressés sur la portée de leurs paroles.

Bien que l'intérêt pratique de l'enquête soit moindre ici que dans le premier cas, le Médecin a le devoir d'y aider dans la mesure de son possible. Quels qu'en soient les résultats et les difficultés, ce cas particulier ne saurait en tout cas servir d'argument pour nier l'utilité ou la valeur des enquêtes épidémiologiques en général.

La *déclaration nominale des malades récalcitrants* met en cause d'une manière plus directe le secret médical, et c'est contre elle qu'ont été dirigées les critiques les plus vives. Il convient, cependant, de faire observer que la déclaration ne s'applique pas aux malades de bonne foi en cours de traitement régulier, ni même aux malades de bonne foi en retard de traitement pour une raison valable, mais uniquement aux malades qui, étant contagieux et le sachant, refusent ou négligent de se soigner et créent de ce fait un danger public. J'ai vu, il y a quelques années, une jeune femme venue consulter dans un dispensaire de banlieue pour une syphilis secondaire en pleine évolution et qui, à l'annonce de sa maladie, refusa de la façon la plus catégorique de se laisser traiter : « Vous ne m'aurez pas avec vos piqûres, répétait-elle, et, puisque l'on m'a rendue malade, je saurai me venger ! » Efforts de persuasion, raisonnement, intimidation, rien n'y fit. Cette femme, manifestement inconsciente, resta butée dans son refus et partit sans qu'il eût été possible de lui faire le moindre traitement. Les efforts de l'Assistante sociale pour la retrouver demeurèrent vains ; on en devine les suites. Aucun texte ne permettait à l'époque de faire davantage. L'arrêté qui précède comble une telle lacune ; s'il est permis d'exprimer un regret, c'est qu'il ait été si tardif.

Il serait vain de méconnaître les difficultés auxquelles il se heurtera dans la pratique. Le Médecin qui voit un malade vénérien pour la première fois ignore le plus souvent son nom et son adresse, le malade tenant à garder l'anonymat ou donnant une fausse identité. La déclaration nominale sera, dans ces conditions, illusoire. Aussi bien doit-on la considérer moins comme une mesure générale que comme une possibilité d'action s'appliquant à quelques cas particuliers. Les malades contre lesquels elle est dirigée ne méritent aucune indulgence ; ils se conduisent en inconscients ou même parfois en malfaiteurs. Dans le cas où le Médecin connaît leur identité, il n'a aucune raison de se solidariser avec eux, et le secret professionnel doit entrer d'autant moins en ligne de compte qu'il en est légalement délié.

Cette question du *secret professionnel* demande d'ailleurs à être précisée, et il convient en pareille matière de ne pas se payer de mots. Le secret professionnel est un dogme raisonnable et nécessaire qui doit continuer à régir en principe les relations du Médecin et du malade, mais il va de soi qu'il cesse d'entrer en jeu lorsque les pouvoirs publics, dans un but d'intérêt collectif, imposent au Médecin l'obligation de s'en délier. Remarquons d'ailleurs que son caractère intangible est loin d'être absolu, et qu'il ne cesse d'être violé dans d'autres circonstances, telles que la déclaration des maladies contagieuses, les assurances sociales, les feuilles d'hôpital, etc., où l'intérêt collectif n'est pas plus directement en cause que dans le cas présent.

L'arrêté qui précède prévoit la déclaration nominale et l'obligation de traitement qui en découle, uniquement dans le cas où le sujet est porteur d'*accidents contagieux*. Ce cas est, en effet, le plus important dans la pratique. Toutefois, si l'on prenait l'arrêté dans son esprit et non pas seulement dans son texte, on serait fondé à l'étendre aux cas où, sans être contagieux pour les autres, un sujet est dangereux pour sa *descendance* et refuse également de se faire traiter.

Je prends pour exemple le cas suivant qui m'a été communiqué récemment par un de nos confrères ; il est typique :

« Mme X... se présente au dispensaire de V... le 23 novembre 1938, enceinte de sept mois. La séro-réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive. Cette femme avait déjà à l'époque quatre enfants vivants, tous hérédo-syphilitiques. Elle accepte de faire traiter ses enfants, mais refuse tout traitement pour elle.

» Elle revient au même dispensaire le 28 août 1941. Elle a eu, entre temps, deux autres enfants, dont le dernier, né en juil-

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

let 1941, présente une perforation de la voûte palatine.

» Cette fois encore, elle refuse tout traitement pour elle. »

Je laisse au lecteur le soin de conclure. Que dire de cette mère qui accepte le traitement pour ses enfants et non pour elle, alors qu'elle continue à mettre au monde des enfants hérédo-syphilitiques ? Ne serait-il pas juste que cette femme soit tenue de se faire traiter, même si elle ne présente pas d'accidents réellement contagieux ? Et n'eût-il pas mieux valu, pour elle comme pour sa descendance, que le traitement lui eût été imposé plus tôt ?

On objectera qu'une telle mesure reviendrait à imposer le traitement ou tout au moins la surveillance médicale à tous les sujets syphilitiques en état de procréer, c'est-à-dire à toutes les femmes au-dessous de la cinquantaine et à tous les hommes quel que soit leur âge. Cette idée peut surprendre, mais elle n'est paradoxale qu'en apparence et s'accorderait avec l'intérêt bien compris des malades. Que de tabes, de paralysies générales, d'aortites, etc., seraient ainsi évités !

L'arrêté ne va pas si loin. Il admet qu'un malade est libre de ne pas se soigner dans la mesure où sa maladie n'intéresse que lui. Par contre, il admet avec raison que la liberté du malade n'existe plus à partir du moment où sa maladie est contagieuse et où il risque de répandre sa contagion. Elle ne devrait plus exister davantage à partir du moment où il risque d'atteindre sa descendance. Un sujet syphilitique n'a pas le droit de refuser de se faire traiter s'il risque, ce faisant, d'atteindre la santé des autres. L'intérêt social prime ici l'intérêt individuel, et la liberté de l'individu s'arrête là où commence le droit des autres de n'avoir pas à en souffrir.

Peut-on dire que le Médecin sorte de son rôle en appliquant les mesures qui lui sont demandées, ou que celles-ci soient de nature à lui faire perdre la confiance des malades ? On ne saurait réellement le soutenir. Il est certain que le Médecin ne doit pas seulement avoir pour but de guérir les maladies, mais encore de les prévenir, et que son rôle thérapeutique, en matière de vénéréologie, se double d'un rôle social dont l'importance n'est pas moindre. En se prêtant à ces mesures, il ne sort pas de ses attributions, il les complète. Les malades de bonne foi n'en sont nullement atteints et seront les premiers à en reconnaître l'utilité. Elles ne constituent davantage en rien un abus de pouvoir du Médecin ou une sujétion des malades. Le malade garde le libre choix du Médecin, voire du traitement qu'on lui propose. Il est à tout moment libre de quitter son Médecin pour un autre. Si un traitement lui déplaît, il est libre de le refuser et d'en demander un autre, à la condition, bien entendu, de ne pas les refuser tous. La nécessité d'être traité n'est pas pour le malade une sujétion, ou plus exactement, s'il y a sujétion pour lui, elle n'est pas le fait du Médecin ou du traitement, mais de la maladie elle-même.

***

Il serait injuste de dire que les mesures précédentes sont totalement inappliquées. Nombre de Médecins, au premier rang desquels se placent les dermato-vénéréologistes les plus réputés, en ont compris dès le début le bien-fondé et les appliquent avec une conscience à laquelle il convient de rendre hommage. Grâce à eux, des résultats importants ont été déjà obtenus. Mais des réfractaires demeurent. Les uns considèrent ces mesures comme lettre morte et n'en tiennent pas compte. Les autres ne les appliquent qu'en partie : ils envoient, par exemple, les déclarations numériques, mais négligent les enquêtes épidémiologiques ou les déclarent constamment négatives. C'est à ces réfractaires que ces lignes s'adressent ; elles n'ont pas pour but de rappeler le caractère obligatoire de ces mesures, dont il serait cependant juste de tenir compte, mais elles font appel à leur raison. Nous ne serions sans doute plus en France si un arrêté ministériel, quel qu'il soit, ne commençait par soulever des protestations ou des critiques, mais nous n'y serions plus davantage si, ce premier moment passé, l'esprit de justice et de mesure ne finissait par triompher. Ils méritent à cet égard toute confiance.

De quoi s'agit-il, en effet, sinon de faire disparaître un danger vital pour l'avenir de notre pays ? Les maladies vénériennes, et notamment la syphilis, constituent pour l'individu, pour la famille, pour la race, le plus redoutable des fléaux ; les circonstances exigent que l'on intensifie la lutte contre ce fléau par tous les moyens dont on dispose, même s'ils se heurtent à nos habitudes et à nos préjugés. Les mesures en question, jointes aux progrès thérapeutiques réalisés au cours des dernières années, devraient avoir pour effet d'en réduire le nombre, sinon d'en amener la disparition

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

totale. Pour arriver à ce but, l'union de tous est indispensable.

Aucun résultat définitif ne sera obtenu si non seulement les dermato-vénéréologistes, mais encore tous les Médecins sans exception, y compris ceux de médecine générale et les spécialistes de tout ordre appelés à rencontrer des vénériens, n'y coopèrent avec la volonté d'aboutir.

Personne ne saurait mettre en doute que le corps médical, dans sa totalité, s'y rallie sans réserve.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *novembre* 1941.

Les maladies contagieuses en 1940. — M. Tanon lit son *rapport au nom de la Commission des maladies contagieuses.*

Il constate que l'état sanitaire continue, malgré les difficultés présentes et le ravitaillement réduit, à rester aussi bon que les années précédentes.

La fièvre typhoïde, la diphtérie ont augmenté dans quelques départements par suite de l'encombrement et du peu de soins que prennent quelquefois les réfugiés ; elles ont diminué dans la plupart. Les recrudescences sont surtout observées dans les grandes villes, où des mesures énergiques ont permis d'arrêter toute menace d'épidémie.

La méningite cérébro-spinale, la poliomyélite ont également notablement diminué, sauf dans quelques régions où se trouvaient des troupes indigènes, mais dans l'ensemble on en note moins que l'année dernière. Il en est de même de la mélitococcie. Quant aux autres maladies, à part la rougeole qui, à Paris et dans la Seine, a sévi au début de 1940 sous le mode épidémique, il n'y a pas eu d'aggravation. Il est à noter qu'en cette matière l'entente entre les troupes d'occupation et les services régionaux a permis d'agir plus efficacement et d'éviter toute extension d'épidémie.

Apparition possible en deux temps de l'image radiologique pulmonaire de la primo-infection tuberculeuse chez l'adolescent. — M. A. Courcoux. — En

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

règle générale, l'image radiologique de la lésion initiale de l'infection tuberculeuse a, chez l'adolescent, les mêmes caractères que ceux qui ont été décrits chez l'enfant. Même apparition rapide, bénignité habituelle, régression dans un temps plus ou moins long, de six semaines à deux ans en moyenne. Cette règle comporte des variations soit dans le retard de l'apparition de la lésion, soit dans la lenteur de son organisation et de son extension, soit dans la durée de la régression, mais l'image reste unique et se forme en deux temps. L'auteur a observé quelques cas où la lésion initiale, ayant évolué suivant la règle habituelle et ayant même régressé, subit une nouvelle et assez importante poussée identique dans son aspect radiologique aux images qui caractérisent la primo-infection : c'est la constitution en deux temps, chacun d'eux séparé par une période de plusieurs mois, et comme une rechute plus accentuée de la lésion initiale. Il ne semble pas que l'attention ait été attirée sur ces faits qui méritent d'être recherchés.

L'intérêt clinique en est réel et impose une surveillance régulière et un peu longue des primo-infectés.

Ces images radiologiques permettent peut-être d'expliquer certaines lésions labiles. Enfin, la pathogénie de ces réactions péri-focales, encore très discutée, pourra s'éclairer par l'étude de ces images.

Adrénalino-sécrétion provoquée par l'ion potassium, premier exemple de l'action excitante d'un ion métallique sur une glande à sécrétion interne. — M. René Hazard. — L'injection ménagée de chlorure de potassium dans la circulation générale provoque une décharge d'adrénaline avec ses caractères habituels : hypertension, hyperglycémie, etc. L'ion potassium exerce ici une action excitante directe sur la médullaire surrénale. Cette constatation expérimentale fait songer à une intervention de cet élément minéral dans les cas pathologiques où l'on peut incriminer une hyperadrénalinémie. Mais ce n'est là qu'une hypothèse de recherche. Le fait qui mérite d'être retenu pour l'instant est l'intervention d'un ion métallique dans le fonctionnement d'une glande endocrine, intervention dont on ne connaissait pas encore d'exemple jusqu'ici.

Activité phosphatasique des os et mécanisme de production du rachitisme expérimental. — M. J. Roche et Mlle Simonot.

(Voir la suite page IX.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 octobre 1941 (suite).

Coefficient neuro-sécrétoire de l'expectoration. — MM. AMEUILLE, J.-M. LEMOINE et J. DOS GHALI cherchent à évaluer, dans l'expectoration, la part qui revient aux produits de destruction pulmonaire et celle qui revient à la sécrétion bronchique, en agissant par action pharmaco-dynamique sur le mécanisme neuro-sécréteur bronchique.

Par des injections d'ergotine ou d'yohimbine, ils tarissent au maximum la sécrétion bronchique ; par des injections d'adrénaline, ils stimulent celle-ci au maximum. L'écart entre la crue et l'étiage sécrétoire exprimé en pourcentage est la valeur numérique du coefficient neuro-sécrétoire. Cette valeur indique l'importance relative de la sécrétion bronchique dans une expectoration donnée. Elle fournit d'importantes indications au pronostic et au traitement. Au point de vue thérapeutique, l'yohimbine semble le meilleur moyen de tarir les bronchorrhées.

M. JUSTIN-BESANÇON confirme que l'yohimbine et ses isomères n'ont aucun pouvoir génésique, mais sont des agents pharmacodynamiques fort utiles.

M. LOEPER demande pourquoi on a préféré l'ergotine à l'ergotamine.

Injections intraveineuses de novocaïne dans les dyspnées. — MM. J. DOS GHALI, J.-S. BOURDIN et G. GUIOT essaient, dans un but thérapeutique, d'atteindre directement les centres périphériques autonomes broncho-pulmonaires et leurs terminaisons sensitives par injection intraveineuse de novocaïne : 5 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 dans du sérum physiologique, injectés très lentement.

Ils ont employé avec succès cette méthode dans diverses formes de dyspnées, dans un cas d'embolie pulmonaire, dans des hémoptysies.

Leurs plus beaux résultats ont été obtenus dans trois cas d'état de mal asthmatique, ancien, grave et rebelle à tous les autres traitements, où le retour à un état sensiblement normal a été obtenu moins de deux minutes après l'injection.

Ils insistent sur l'intérêt du mécanisme de cette action.

M. BRULÉ souligne la gravité de ces grandes crises d'asthme, dans lesquelles des traitements trop brutaux, comme, dans un cas personnel, l'alcoolisation du ganglion stellaire, peuvent aboutir à des catastrophes.

Sciatique droite rebelle par hernie postérieure du disque L_2-L_3. Intervention. Guérison. — S. DE SÈZE, P. JACOB et D. PETIT-DUTAILLIS présentent l'observation d'un homme de trente-huit ans atteint depuis sept mois d'une douleur lombaire avec irradiations dans le membre inférieur droit, mais aussi à un moindre degré dans le membre gauche, douleur continue avec crises paroxystiques, exaspérée par la toux et l'éternuement, entraînant une impotence complète malgré la pauvreté des signes neurologiques (très légère diminution du réflexe achilléen droit, légère hypoesthésie thermique à la partie inférieure de la jambe droite et sur le dos du pied, et, à un moindre degré encore, dans les régions symétriques du côté gauche).

Le liquide céphalo-rachidien présente une albuminose notable ($0^{gr},80$) avec une leucocytose modérée (10,2).

L'épreuve de Queckenstedt-Stookey met en évidence un blocage incomplet.

Après injection basse de lipiodol en position de Trendelenburg, le lipiodol s'arrête complètement à la hauteur du disque L_2-L_3.

Une intervention chirurgicale permet de trouver et d'exciser une hernie discale de la taille d'une noisette, occupant une position juxta-médiane. Les crises douloureuses paroxystiques ont disparu complètement dès le jour de l'intervention et ne se sont pas reproduites.

Procédé thérapeutique nouveau semblant avoir une action favorable sur certaines formes de tuberculose pulmonaire par modification de la trophicité locale. — MM. J. GERBEAUX et G. ALBOT exposent un procédé inspiré par la possibilité de réaliser expérimentalement des affaissements alvéolaires importants, des atélectasies pulmonaires, par l'injection intraveineuse lente de substances broncho-constrictrices. Chez l'homme, l'injection sous-cutanée de telles substances a permis d'obtenir, dans un délai assez bref, la rétraction de lésions lobaires avec élévation de l'hémidiaphragme et une amélioration fonctionnelle et générale de certains cas. Les auteurs donnent leur technique, présentent quatre observations favorables où le pronostic immédiat de la maladie a été amélioré par cette collapsothérapie indirecte », énumèrent les incidents et les échecs qu'ils ont pu observer. Espérant qu'ils n'ont pas été le jouet de coïncidences heureuses, ils réservent leur opinion définitive.

Séance du 14 novembre 1941.

L'arrêt lipiodolé dans les hernies discales. — M. DE GENNES montre que l'image lipiodolée dans les hernies discales peut donner des résultats trompeurs.

Un cas d'accidents nerveux déclenchés successivement par une hémorragie abondante et un collapsus post-transfusionnel mortel. — MM. L. BOIDIN, J. BOUSSER et D. DELZAUT ont constaté, chez une femme de soixante-dix-neuf ans, entrée pour une hémorragie intestinale abondante, avec anémie grave, un riche syndrome neurologique caractérisé par une confusion mentale complète, une amblyopie confinant à l'amaurose et un syndrome pyramidal bilatéral fruste. Sous l'influence de deux transfusions, tous ces signes disparaissent. Une troisième transfusion faite avec le sang d'un donneur universel détermine un choc mortel en vingt quatre heures. La tension artérielle s'effondre à 6-4 et les réflexes achilléen et rotulien gauches s'abolissent de nouveau.

L'autopsie devait révéler un athérome artériel exceptionnel par son intensité et sa diffusion. Il n'y avait pas de foyer de ramollissement cérébral.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Cette observation classique, à bien des égards, se signale par la richesse inhabituelle de son syndrome neurologique. Une régression aussi complète, étonnante chez une malade atteinte de telles lésions vasculaires, met en évidence l'importance considérable des troubles fonctionnels, même dans de tels cas, et l'intérêt de la transfusion.

D'autre part, le contraste entre l'intensité des syndromes nerveux déclenchés successivement par l'hémorragie et le collapsus montre bien que l'hypotension artérielle n'est pas l'unique facteur qui entre en jeu dans les accidents nerveux déclenchés par hémorragie ou saignée chez les athéromateux.

Quant au choc transfusionnel, non imputable à une erreur de groupe, il paraît avoir été favorisé par la sclérose artérielle généralisée et l'affection hématologique très voisine de la leucémie aiguë dont était atteinte la malade.

Un cas de myélose décalcifiante et ostéosclérosante. — MM. L. Boidin, J. Bousser et O. Delzaut montrent que la malade objet de la communication précédente était atteinte d'une affection ostéo-médullaire singulière, jamais décrite jusqu'ici, et qui était restée latente. L'autopsie et la radiographie *post mortem* devaient révéler des lésions osseuses considérables, revêtant presque partout le type d'une ostéoporose diffuse. Par contre, sur le crâne, existaient deux larges zones d'ostéosclérose, processus dont on pouvait saisir les stades initiaux sous forme d'une médullo-sclérose discrète au niveau de la diaphyse de certains os longs.

D'autre part, deux ponctions sternales avaient décelé une hyperplasie myéloïde globale à grosse prédominance myéloblastique. Les examens histologiques confirmaient l'existence de ces lésions au niveau de tous les os frappés d'ostéoporose et montraient leur extension au foie et à la rate, malgré l'absence d'hypertrophie de ces organes.

A l'occasion de ce cas, les auteurs rappellent les altérations squelettiques diffuses qu'on peut observer au cours du processus d'hyperplasie médullaire. Ils distinguent :

1° Les *myélomatoses* et *myéloses décalcifiantes*, appellations sous lesquelles il faut grouper les observations publiées sous les noms de « myélomatose décalcifiante diffuse », de « myélose ostéomalacique » et de « leucémie avec ostéoporose ». Dans tous les cas, il s'agit de véritables « hybrides de myélome et de leucémie » qui associent la décalcification du myélome à l'hyperplasie systématisée non tumorale de la leucémie ; et il existe tous les intermédiaires entre le myélome le plus typique et la leucémie la plus banale.

2° Les *injections ostéosclérosantes* ou « ostéoscléroses post-leucémiques » de Mozer, qui sont des myéloses leucémiques ou aleucémiques dans lesquelles l'ostéosclérose apparaît comme un phénomène secondaire à l'extinction du processus leucémique au niveau de la moelle osseuse. Ces myéloses ostéosclérosantes doivent être distinguées de la maladie d'Albers-Schönberg, ou ostéopétrose, qui est une affection primitivement osseuse.

3° Le *cas de myélose décalcifiante et ostéosclérosante* des auteurs, qui ne paraît représenter que la coïncidence fortuite de ces deux formes anatomo-cliniques différentes de myélose. Leur observation prouve simplement qu'au même titre qu'une myélose banale la myélose décalcifiante peut aboutir à l'ostéosclérose.

Troubles polynévritiques au cours du déséquilibre alimentaire. Leur régression par une surcharge lactée. — MM. G. Laroche, E. Bompard et J. Trémolières signalent l'existence de troubles polynévritiques chez les malades œdématiés par déséquilibre alimentaire dans 38 p. 100 des cas. Ces troubles sont le plus souvent discrets au point de vue clinique, ne se traduisant que par l'abolition d'un réflexe tendineux ; mais les troubles électriques sont constants et étendus.

Sur cinq cas, ils ont obtenu une guérison complète et deux régressions importantes par une surcharge lactée journalière de 2 litres pendant trois semaines.

La vitamine B_1, dans les trois cas où ils l'ont prescrite, n'avait aucune action. Ils ne pensent pas qu'il s'agisse d'avitaminose vraie. Si les vitamines interviennent, ce serait secondairement, en troublant le processus de dégradation protidique ; les arguments qui plaident en faveur de ce trouble métabolique sont nombreux : déséquilibre protidique dans le sang, élévation de l'azote résiduel, suppression de ces troubles par la surcharge lactée, en même temps que l'excrétion urinaire d'urée et des amino-acides diminuait. Mais la surcharge lactée modifie l'équilibre alimentaire de façon trop complexe pour que l'on puisse discerner si son action est due à l'un des éléments spécifiques qu'elle contient ou plutôt au rétablissement de l'équilibre nécessaire entre les protides, les glucides et les vitamines de la ration.

Mme Roudinesco signale deux cas d'œdème guéris par un apport de pommes de terre.

M. Heuzer a observé dans les asiles et les prisons d'assez nombreux cas d'œdème avec polynévrite, et les assimile au béribéri.

M. Coste pense que les facteurs déclenchants de ces œdèmes sont assez variables ; quel que soit le traitement, ils disparaissent par le séjour au lit. Il souligne l'importance de la pénurie en protéines animales, souvent un régime trop riche en sel.

M. Gounelle souligne l'action importante du régime déchloruré chez ces malades.

M. Brodin pense qu'en pareil cas le régime lacté est le meilleur traitement.

M. Laroche ne pense pas que la carence en vitamine B soit ici essentielle ; d'ailleurs, on ne sait pas si le béribéri est bien une carence en vitamine B.

M. Justin-Besançon rappelle que le béribéri est un syndrome clinique. La pellagre, multicarence, ne se confond pas avec l'avitaminose nicotinique ; il en est vraisemblablement de même pour le béribéri.

(A suivre.)

Jean Lereboullet.

RÉPERTOIRE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES *(Suite)*

INDICATIONS. — Dépuration hépato-rénale : Oligurie. Azotémie.

POSOLOGIE. — LX gouttes ou 2 comprimés, 3 fois par jour.

Laboratoires Longuet, 34, rue Sedaine, Paris.

SOLUCAMPHRE DELALANDE. — Dérivé du camphre naturel ; spartéiné ou en associations diverses (adrénaliné, caféiné, éphédriné, strychniné, etc.).

INDICATIONS. — Action sur le myocarde : en renforce et régularise les contractions.

M. Delalande, 16, rue Henri-Regnault, Courbevoie (Seine).

SOMNIFÈNE ROCHE. — Hypnotique liquide « à chacun sa dose » (gouttes) et injectable (ampoules de 2 cm^3 sous-cutanées et de 5 cm^3 endoveineuses).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

SPASMALGINE ROCHE. — Tous les spasmes même en obstétrique. Ampoules, comprimés, suppositoires.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

STROPHANTINE CRISTALLISÉE CATILLON (Granules à 0,0001 de). — Tonique du cœur par excellence.

STROPHANTUS CATILLON (Granules de 0,001 extrait titré de). — Tonicardiaque *diurétique*. Asystolie, dyspnée, oppression, œdèmes.

DOSE. — 2 à 4 granules par jour.

3, boulevard Saint-Martin, Paris.

SYNTROPAN ROCHE. — Spasmolytique synthétique. Comprimés, ampoules, suppositoires.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TAMPOL ROCHE AU THIGÉNOL. — Pansement gynécologique idéal.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

THÉOBRYL ROCHE. — Théobromine injectable. Gouttes, ampoules.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

THIGÉNOL ROCHE. — Topique soufré (liquide). Dermatologie, gynécologie (Ovules Roche).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

THIOCOL ROCHE. — Antiseptique, dynamogène, calmant. *Sirop Roche* (Comprimés et Cachets Roche).

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

THYROXINE ROCHE. — Synthétique (Harington et Barger). Ampoules, solution, comprimés.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

TONIQUE ROCHE. — Reconstituant immédiatement actif. Élixir.

Produits F. Hoffmann-La Roche et Cie, 10, rue Crillon, Paris (IVe).

URISANINE. — COMPOSITION. — A base de benzoate d'hexaméthylène-tétramine, d'extrait pur de stigmates de maïs, 0,75 gramme de principe actif par cuillerée à café.

INDICATIONS. — Antiseptique urinaire et biliaire.

POSOLOGIE. — 1 à 3 cuillerées à café par jour dans un demi-verre d'eau, à distance des repas.

Laboratoires Longuet, 34, rue Sedaine, Paris.

VALÉROBROMINE LEGRAND. — INDICATIONS. — Sédatif énergique des centres nerveux, névralgies, neurasthénie, épilepsie, insomnie, coqueluche, toux nerveuses, asthme.

POSOLOGIE. — *Liquide* : 2 à 6 cuillerées à café par jour.

Darrase frères, 13, rue Pavée, Paris.

VANADARSINE. — Solution d'arséniate de vanadium. Gouttes. Ampoules.

INDICATIONS. — Anorexie, anémie, chlorose, surmenage, neurasthénie, paludisme, prétuberculose, tuberculose.

POSOLOGIE. — Gouttes : X à XV gouttes avant chaque repas. Ampoules : 1 à 3 par jour.

A. Guillaumin, Laboratoire pharmaceutique, 13, rue du Cherche-Midi, Paris.

VÉGANINE. — Antigrippe, antipyrétique, analgésique. La Véganine constitue un excellent agent thérapeutique à utiliser dans les maladies par refroidissement.

COMPOSITION. — Acide acétylsalicylique, phénacétine, 0,25 ; phosphate de codéine, 0,01.

Laboratoires Substantia, 13, rue Pagès, Suresnes.

VITAMYL IRRADIÉ et VITAMYL IRRADIÉ CHLOROPHYLLÉ. — Contient les quatre vitamines A, B, C et D conservées actives. Elles sont toutes indispensables. — Solution, dragées ou ampoules buvables.

INDICATIONS. — Rachitisme, carence, précarence, déminéralisation, troubles de la croissance.

Amido, 4, place des Vosges, Paris (IVe), — et Riom (Puy-de-Dôme).

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Jean Tiprez (de Lille). — Le Dr Combeliran (de Carcassonne). — Le Dr Dieulafé, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, chevalier de la Légion d'honneur. Nous adressons à son fils, M. Raymond Dieulafé, l'expression de notre sympathie attristée. — Le Dr René Mazilier (de Toulouse). — Mme Louis Carton, mère des Drs François et Élie Carton — M. René Arnold, docteur en pharmacie, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Charles-Pierre-Paul Boucaut, d'Angerville (Seine-et-Oise). — Mme Monthus, épouse du Dr Monthus. — Le Dr Dautheville, de Chomérac (Ardèche).

MARIAGE. — M. Gabriel Richet, interne des hôpitaux, fils du professeur Ch. Richet, avec Mlle Monique Le Chatelier. Nos bien vives félicitations.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme Jean Delvallet font part de la naissance de leur fils Hubert. — Le Dr et Mme M. Jaupitre font part de la naissance de leur fils Alain. — Le Dr et Mme F. Huet font part de la naissance de leur fille Maryannick. — Le Dr et Mme Prieur font part de la naissance de leur fille Lise. — Le Dr et Mme Chevaleyre font part de la naissance de leur fils Christian-Jean-Pierre.

SANTÉ PUBLIQUE

DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ. — M. le Dr Le Bourdellès, professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce, est nommé directeur régional de la Santé et de l'Assistance en résidence à Orléans.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Mutelet est affecté au département du Gard comme inspecteur adjoint de la Santé.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Sont admis à la retraite et cessent leurs fonctions : M. Vallée, professeur de chimie minérale, assesseur du doyen ; M. Carrière, professeur de clinique médicale (hôpital Saint-Sauveur); M. Vielledent, chef de travaux de chimie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. René Herbeuval, étudiant de 5e année, est délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Sorel, agrégé de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique médicale infantile et puériculture de cette faculté.

M. Delas, agrégé de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle de cette faculté.

M. Clermont, professeur sans chaire à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie médico-chirurgicale de cette Faculté.

Sont nommés agrégés : M. Jacques Fabre, médecine générale ; M. Birenquet, chirurgie générale.

Sont chargés de cours complémentaires pour l'année 1941-1942 :

MM. Cadenat, stomatologie ; Calvet, agrégé, oto-rhino-laryngologie ; Jacques Fabre, agrégé, parasitologie ; Bonhoure, dermatologie ; Bugnard, professeur, physique pharmaceutique ; Bouisset, assistant, microbiologie ; Andrieu, agrégé, bactériologie ; Mlle Mathou, dél. chef de travaux, cryptogamie ; MM. Valdiguié, chef de travaux, chimie minérale ; Vincent, agrégé, chimie biologique ; Delas, agrégé, zoologie ; Bouisset, assistant, législation pharmaceutique ; Vincent, agrégé, chimie pathologique ; Caujolle, agrégé, pharmacie ; L. Morel, agrégé, clinique de la tuberculose ; Blanc, assistant, chimie analytique ; Louis Cambrin, pathologie chirurgicale ; Gadrat, admissible agrégation de 1939, médecine expérimentale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Arcay' professeur suppléant de physique médicale, est prorogé pour un an.

M. Jacques Boy est chargé de l'enseignement de la bactériologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Collin est nommé professeur de pathologie interne.

M. Pierre Guibé est nommé professeur d'anatomie.

M. Porin est nommé professeur de médecine expérimentale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Pichat est nommé professeur d'hygiène et de bactériologie (M. Charpentier, retraité).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Corneloup est renouvelé pour trois ans dans ses fonctions de directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Université de Grenoble.

M. Carraz est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle à cette même école.

M. Abouenc est nommé professeur titulaire de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Marcland, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé directeur honoraire de cette école.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Édouard Pichat est nommé professeur d'anatomie.

M. René Picard, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale.

M. André Aroudel, professeur suppléant de pathologie et clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale infantile.

M. Maurice Dallongeville, professeur suppléant de physique, est nommé professeur de chimie.

M. Maurice Boutelier, professeur suppléant de bactériologie, médecine expérimentale et hygiène, est nommé professeur de physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Veluet, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Université de Poitiers, est renouvelé pour une période de trois ans dans ses fonctions de directeur de cette école.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Mousseron, ancien professeur à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, transféré à la Faculté des sciences, est nommé professeur honoraire à la Faculté de pharmacie.

La chaire de chimie organique de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier est transformée en chaire de chimie organique et chimie biologique.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Jury du concours de la médaille d'or. — *Section de médecine.* — MM. les Drs Nicaud, de Brun du Bois Noir, Degos, Laporte, M. le professeur Abrami.

Section de chirurgie et d'accouchement. — MM. les Drs Ombrédanne Marcel, oto-rhino-laryngologiste ; Houdard, Merle d'Aubigné, Wilmoth, chirurgiens ; Sureau, accoucheur.

HOPITAL CIVIL DE BELFORT. — Le poste de chef du service de radiodiagnostic et de radiothérapie est vacant. Un concours sur titres sera ouvert le 10 décembre 1941, devant l'École de médecine de Besançon. Notice de renseignement sera adressée aux candidats qui en feront la demande au directeur de l'hôpital. Date limite de dépôt des dossiers de candidatures : 5 décembre 1941.

NOUVELLES *(Suite)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

COLLÈGE DE FRANCE. — Chaire de radiobiologie.— M. le professeur A. Lacassagne fera sa leçon inaugurale le vendredi 5 décembre 1941, à 16 h. 30.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Élection. — M. R. Courrier, professeur au Collège de France, a été élu dans la section de biologie.

ARMÉE

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-lieutenant Lerond est rayé des cadres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'or des épidémies a été décernée à M. le Dr Burnet (Étienne), directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis (Tunisie), pour maladie grave contractée en service.

Médaille d'honneur du Service de santé. — *Médaille d'argent.* — M. Sakka (Ali), médecin auxiliaire de la 22e section d'infirmiers militaires (dissoute), hôpital complémentaire de Bobigny (Seine).

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Médecins de réserve. — Le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins communique la note suivante (no 1081-Cab.), émanant de la *Direction du Service de santé*, Région de Paris :

« L'attention de la Direction du Service de santé de la Région de Paris a été appelée sur le sentiment d'inquiétude suscité parmi les médecins de réserve de la France occupée et les internes des hôpitaux de Paris, par des demandes de renseignements ou des convocations qui leur ont été adressées par le Bureau du Personnel de la Direction. Cette inquiétude semble résulter d'une erreur d'interprétation, qui a fait croire aux intéressés que les recherches entreprises avaient pour but des désignations pour participer à la relève en cours des médecins prisonniers en Allemagne. Cette interprétation est tout à fait erronée. Les recherches en question n'ont pour but que la mise au point exacte de la situation de chacun pour l'établissement du fichier du personnel. Elles sont complètement indépendantes de la désignation des médecins qui seront destinés à la relève en Allemagne.

» Cette dernière question fait l'objet de dispositions spéciales. Il est par ailleurs entendu, d'accord avec le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qu'il sera pourvu à cette relève :

» 1o Par priorité, par des médecins militaires du cadre actif provenant de la zone occupée et de la zone non occupée ; cette dernière fournira, dans un délai très rapproché, pour la relève qui est actuellement envisagée un appoint très important ;

» 2o Par des médecins volontaires ;

» 3o Pour le complément nécessaire, par des médecins désignés par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. »

Signé : Le médecin-général FRIBOURG-BLANC,
Directeur du Service de santé
de la Région militaire de Paris.

Les licences de remplacement. — Le secrétaire d'État à l'Éducation nationale et à la Jeunesse (Enseignement supérieur, 2e bureau) vient d'envoyer la note suivante à M. le Recteur de l'Académie de Paris :

« Je viens d'être avisé par le président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins que des « licences de remplacement » viennent d'être créées pour les étudiants en médecine remplissant les conditions légales. J'ajoute que ces licences seront délivrées par le Conseil départemental, sur présentation d'une attestation indiquant le nombre d'inscriptions de l'étudiant et que, valables pour toute la France, elles devront être enregistrées au Conseil départemental du lieu de remplacement.

» Je vous serais obligé de vouloir bien porter cette décision à la connaissance de M. le Doyen de la Faculté de médecine. »

Pour le Secrétaire d'Etat et par autorisation,
Pour le Directeur de l'Enseignement supérieur
L'Inspecteur général adjoint au Directeur :
LECOUTURIER.

Copie transmise à M. le Doyen de la Faculté de médecine.

Paris, le 29 octobre 1941. *Le Recteur :* GILBERT GIDEL.

Réglementation, en ce qui concerne les juifs, de la profession de médecin en Algérie. — *Par décret du 5 novembre 1941 :*

ARTICLE PREMIER. — Le décret du 11 août 1941 réglementant, en ce qui concerne les juifs, la profession de médecin est applicable à l'Algérie, sous réserve des modifications suivantes :

a. Les attributions confiées dans la métropole aux médecins inspecteurs de la Santé sont exercées en Algérie par les inspecteurs départementaux d'hygiène.

b. Les pouvoirs confiés dans la métropole au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins sont exercés en Algérie par le Conseil supérieur algérien de l'Ordre des médecins.

c. L'article 1er (alinéa 5) du décret du 11 août 1941 est ainsi modifié :

« Pourront également être maintenus ceux de ces médecins qui, sans satisfaire à aucune de ces conditions, seraient, à la demande d'un Conseil de l'Ordre, sur la proposition du Gouverneur général de l'Algérie et après rapport du Commissaire général aux questions juives, désignés par arrêté du ministre secrétaire d'État à l'Intérieur et du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, en raison du caractère éminent de leurs mérites professionnels. »

d. L'article 3 du décret du 11 août 1941 est remplacé par les dispositions ci-après :

« Dans le délai d'un mois à compter de la publication du présent décret, tout médecin se trouvant, à cette date, au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 en fera la déclaration écrite au Conseil départemental de l'Ordre ou, à défaut, au préfet du département où il exerce.

» Toutefois, les médecins présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre ne souscriront cette déclaration que dans le délai de deux mois à compter de leur libération.

» Le préfet ou le Conseil de l'Ordre accusera réception de cette déclaration et avisera l'inspecteur départemental d'hygiène. »

e. Le premier et le troisième des états prévus à l'article 5 comprendront les médecins en exercice ou inscrits à la date de publication du présent décret.

f. L'alinéa 1er de l'article 6 du décret du 11 août 1941 est ainsi modifié :

« Si, par suite d'un fait postérieur à la publication du présent décret, un médecin vient à compter au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941, il adressera, dans le délai d'un mois à compter de ce fait, au Conseil départemental de l'Ordre, ou, à défaut, au préfet du département où il exerce, la déclaration prévue à l'article 3, sous les sanctions prévues à l'article 4. »

NOUVELLES *(Suite)*

g. Les dispositions édictées par le titre II du décret du 11 août 1941 n'entreront en vigueur que quinze jours francs après la constitution des Conseils départementaux. Aucun médecin juif n'exerçant pas effectivement sa profession à la date de la publication du présent décret ne pourra pratiquer cette profession jusqu'à la mise en vigueur du titre II susvisé.

h. Les délais prévus aux articles 5 et 9 courent du jour de la publication du présent décret au *Journal officiel de l'Etat français.*

Par décret du 5 novembre 1941 :

ARTICLE PREMIER. — La loi du 21 juin 1941 réglant les conditions d'admission des étudiants juifs dans les établissements d'enseignement supérieur est applicable à l'Algérie, sous réserve des modifications ci-après apportées à l'article 1er :

« *Article premier.* — Le nombre des étudiants juifs admis à s'inscrire ou s'immatriculer pour chaque année d'études d'une faculté, d'une école ou d'un institut d'enseignement supérieur ne peut excéder 3 p. 100 des étudiants non juifs inscrits ou immatriculés pour cette même année durant l'année scolaire précédente. »

ART. 2. — Le décret du 23 août 1941 susvisé est abrogé.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de Cochin (Professeur : P. HARVIER). — *Lundi 1er décembre.* — 9 heures. M. Raynaud : Paraplégies.

Mardi 2 décembre. — 9 heures. Mlle Ahmichon : Suppurations broncho-pulmonaires.

Mercredi 3 décembre. — 9 heures. M. Claisse : Hémorragies digestives. — 10 h. 30. Présentation de malades à l'amphithéâtre.

Jeudi 4 décembre. — 9 heures. M. Lesobre : Complications du rétrécissement mitral.

Vendredi 5 décembre. — 9 heures. M. Brumpt : Amibiase et complications.

Samedi 6 décembre. — 9 heures. M. Maschas : Colique hépatique. Accidents de la lithiase biliaire. — 10 h. 30. Professeur Harvier : Leçon clinique : *Amylose rénale.*

Chaire de thérapeutique (Professeur : M. CHARLES AUBERTIN). — M. le professeur Charles Aubertin a commencé son cours le lundi 27 octobre 1941, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continue les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Médications d'organes (poumon, cœur, vaisseaux, sang, tube digestif, foie, reins, système nerveux).

M. R. Turpin, agrégé, a commencé ses conférences le mardi 28 octobre 1941, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et les continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Médications générales (maladies infectieuses, parasitaires, maladies de la nutrition et des glandes à sécrétion interne, intoxications).

Cours complémentaire sur les actualités thérapeutiques. — Ce cours aura lieu en janvier et février, tous les mercredis, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et portera sur les sujets suivants :

1. La vitamine A en thérapeutique, par M. Robert Clément.

2. Les vitamines B en thérapeutique, par M. Jean Lhermitte.

3. La vitamine C en thérapeutique, par M. Edmond Lesné.

4. La vitamine D en thérapeutique, par M. Jean Cathala.

5. Traitement des accidents consécutifs aux restrictions alimentaires, par M. Justin-Besançon.

6. Traitement de la maladie d'Addison, par M. Henri Stévenin.

7. État actuel de la sulfamidothérapie, par M. Marcel Mouquin.

8. Les dérivés de la quinine en thérapeutique cardiaque, par M. A. Clerc.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. NOËL FIESSINGER). — *Les maladies actuelles.*

Ces conférences, gratuites, réservées aux médecins et aux étudiants, auront lieu à l'amphithéâtre Trousseau, du dimanche 15 novembre 1941 au 1er mars 1942 inclus, à 10 h. 30.

I. — MALADIES A L'ÉTUDE.

Dimanche 30 novembre. — Professeur agrégé Lemaire : Polyglobulies et oxycarbonémie.

Dimanche 7 décembre. — Professeur agrégé de Genues : Maladie d'Addison et son traitement actuel.

Dimanche 14 décembre. — Professeur agrégé Marchal : Adéno-lymphoïdite aiguë bénigne.

II. — MALADIES D'ÉPOQUE.

Dimanche 21 décembre. — Dr Ameuille, médecin des hôpitaux : Tuberculoses aiguës.

Dimanche 4 janvier 1942. — Professeur agrégé Guy Laroche : Œdèmes de carence.

Dimanche 11 janvier. — Professeur agrégé Cachera : Scorbut.

Dimanche 18 janvier. — Dr Gounelle, professeur agrégé au Val-de-Grâce : Les enseignements des épidémies récentes de dysenterie bacillaire.

Dimanche 25 janvier. — Dr M. Gautier, chef de clinique : Intoxication benzolique.

III. — MALADIES DE CIRCONSTANCES.

Dimanche 1er février. — Professeur agrégé Sénèque : Avenir des gastrectomisés.

Dimanche 8 février. — Professeur agrégé Mollaret : Paludisme thérapeutique.

Dimanche 15 février. — Professeur agrégé Boulin : La santé insulinienne des diabétiques.

Dimanche 22 février. — Dr Fauvet, chef de clinique : La pneumonie des sulfamides.

Dimanche 1er mars. — Professeur Noël Fiessinger : Agranulocytose et aleucie thérapeutique.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. NOËL FIESSINGER). — PROGRAMME GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT.

I. — *Enseignement clinique.*

Leçon clinique par le professeur Noël Fiessinger, le samedi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Trousseau.

Présentations de malades le mardi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Trousseau, par les Drs J. Fauvet, R. Dupuy, Guy Ledoux-Lebard, Robert Tiffeneau, chefs de clinique.

Leçons de séméiologie clinique à 9 heures, à l'amphithéâtre Trousseau, les lundis, mercredis, vendredis, par les chefs de clinique et les internes du service.

Visite dans les salles de 9 h. 30 à 11 h. 30, tous les jours.

Examens radiologiques sous la direction du Dr Duhem, électro-radiologiste des hôpitaux, vendredi, à 8 heures.

II. — *Consultations (Salon Sainte-Madeleine).*

Maladies du foie et du tube digestif : mardi, à 9 heures, par le Dr Michel Gaultier.

Maladies du rectum : samedi, à 9 heures, par le Dr Friedel.

NOUVELLES *(Suite)*

Gynécologie médicale : mercredi, à 9 heures, par le Dr Raoul Palmer.

Système nerveux : jeudi, à 9 heures, par le Dr G. Boudin.

III. — *Enseignement pratique d'anatomie pathologique.*

Le professeur Leroux fait des démonstrations pratiques soit à l'amphithéâtre anatomique de l'Hôtel-Dieu, soit à l'amphithéâtre Trousseau.

IV. — *Cours de perfectionnement.*

Vacances de Pâques : cours pratique de physiothérapie : Dr Duhem, électro-radiologiste des hôpitaux, chef de service. (Affiche spéciale.)

V. — *Cours de clinique générale.*

Les maladies actuelles : les dimanches, du 15 novembre, de décembre, janvier, février et mars, à 10 h. 30. (Affiche spéciale.)

VI. — *Laboratoire de la clinique.*

Chefs de laboratoire : Analyses biologiques, Dr Marguerite Coquoin ; Bio-physique, professeur Dognon ; Chimie biologique, Dr Glomaud ; Bactériologie, Dr Maurice Roux ; Hémato-cytologie, Mme le Dr C.-M. Laur ; Anatomie pathologique sous la direction du professeur Leroux ; Physio-pathologie expérimentale sous la direction du Dr Pierre Merklen, médecin des hôpitaux, Mlle le Dr G. Bareillier.

NOUVELLES DIVERSES

Fédération des associations amicales de médecins du front. — *Relève des médecins prisonniers.* — Le bureau de la Fédération des associations amicales de médecins du front est heureux de porter à la connaissance des confrères intéressés qu'après plusieurs mois de négociations une *relève individuelle concernant les médecins prisonniers* âgés, pères de famille nombreuse, malades ou anciens combattants de la guerre 1914-18 est devenue possible et pourra intervenir à bref délai.

Le personnel prévu pour cette relève sera prélevé sur la *réserve de personnel* comprenant des médecins militaires d'active et de réserve libérés par les autorités allemandes, mais maintenus, suivant les instructions de ces autorités, à la disposition du Service de santé militaire français en territoire occupé et en Allemagne.

Cette réserve de personnel pourra être renforcée par des médecins de la zone libre et de la zone occupée appartenant aux catégories :

1° Médecins du cadre militaire, dans la mesure où le permettront les nécessités de l'encadrement de l'armée ;

2° Médecins du futur Corps civil de santé, sous la même réserve ;

3° Médecins actuellement en congé d'armistice et qui seraient rappelés ;

4° Médecins de réserve démobilisés, qui seront engagés par contrat spécial.

Pour assurer ce renforcement, il sera fait appel, dans la plus large mesure possible, à des *volontaires*. A défaut de volontaires il sera procédé, dans les trois premières catégories, à des désignations d'office.

Des *avantages pécuniaires très importants* seront consentis à tous.

Envoi de médicaments dans les camps et les hôpitaux. — Le bureau a obtenu du Groupement intersyndical des représentants de spécialités pharmaceutiques la mise à sa disposition de *colis de médicaments pour tous les lazarets et camps de prisonniers.* Il a chargé la Croix-Rouge française d'obtenir des autorités allemandes la permission de les expédier pour être mis à la disposition du Service médical français des prisonniers. Cette autorisation a été très aisément accordée et, dès maintenant, chaque mois, un colis de 25 kilos de spécialités, composé des plus utiles, est envoyé à chaque commandant de camp ou à chaque médecin-chef de lazaret. Le don des fabricants est considérable ; il représente le volume de près de 3 tonnes par mois. Il importait que le Corps médical connût la générosité des Laboratoires, qui se défendent de vouloir faire en l'occurrence œuvre de publicité quelconque. Néanmoins, il est apparu au bureau qu'il était juste de faire connaître les noms des donateurs, dont la liste sera produite ultérieurement.

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 12 *Novembre.* — M. Dépinay, La radiologie dans les grossesses extra-utérines au voisinage du terme. — M. Vialle, Les sulfamides : le sulfathiazol (2090 RP) dans le traitement des colibacilluries de la grossesse. — M. Le Bozec, Manifestations respiratoires de la thrombose coronarienne aiguë. — Mme Lominska, Contribution à l'étude des accidents bismuthiques bucco-pharyngés.

20 *Novembre.* — M. Olivesi, De l'emploi des appuis craniens dans les traumatismes de l'étage moyen de la face. — Mlle Bérenger, Contribution à l'étude des rapports de la péricardite séro-fibrineuse tuberculeuse avec la primo-infection.

THÈSES VÉTÉRINAIRES. — 19 *Novembre.* — M. Gozlan, Les avortements infectieux chez la jument. 20 *Novembre.* — M. L'Hoste, Eczéma chez le chat. Son traitement par la solérothérapie.

REVUE DES LIVRES

L'insuffisance surrénale et ses diverses formes (*Die Nebenniereninsuffizienz und ihr Formenkreis*), par Sigismund Thaddea. 1 vol. de IV-232 pages avec 73 figures. (*F. Enke, Stuttgart,* 1941.)

Quelques mois après sa courte monographie sur l'« emploi thérapeutique de l'hormone cortico-surrénale », S. Thaddea publie ce nouvel ouvrage consacré à l'insuffisance surrénale ; après un court aperçu sur le développement et la structure des surrénales, sur la chimie des hormones qu'elles sécrètent et sur la physiologie de ces glandes, il étudie de façon plus poussée les rapports de la cortico-surrénale avec les autres glandes endocrines et avec les diverses vitamines, avant de passer en revue les multiples aspects cliniques de l'insuffisance surrénale. Ainsi, avec brièveté, mais néanmoins de façon complète, l'auteur apporte au praticien tout ce qu'il lui faut connaître actuellement sur l'importance du rôle de la cortico-surrénale et sur la clinique et la thérapeutique de l'insuffisance surrénale, tandis qu'une bibliographie détaillée ouvre la voie à une étude plus approfondie de ces si importants problèmes.

Dans une courte introduction, G. von Bergmann souligne l'intérêt médical tant de l'adrénaline, sécrétion de la médullo-surrénale, que de l'hormone cortico-surrénale. Les rapports de structure chimique entre la corticostérone et la désoxycorticostérone d'une part, le cholestérol, la vitamine D et la stigmastérine, les hormones sexuelles mâles et femelles, la digitoxigénine (glycoside de la digitale particulièrement

REVUE DES LIVRES *(Suite)*

actif en thérapeutique) d'autre part, sont soulignés. Le rôle de la corticostérone dans les processus de phosphorylation, le métabolisme des hydrates de carbone du muscle, la résorption intestinale du sucre, de la partie glycérique des graisses et du cholestérol, la phosphorylation de la lactoflavine (véritable provitamine B_2 et première étape de formation du ferment jaune) ont spécialement retenu l'attention de von Bergmann, qui insiste sur l'intérêt pour le médecin d'un tel ouvrage et sur la part personnelle qui revient à l'auteur dans la mise au point de nos connaissances actuelles sur ce sujet.

F.-P. Merklen.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

COMMENT REMPLACER LES CORPS GRAS EN THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

On a depuis longtemps cherché à faire pénétrer dans les couches tissulaires les principes actifs, mais, seule, l'étude des propriétés physiologiques et physico-chimiques de l'épiderme permet de définir les conditions optima qui doivent présider à l'administration médicamenteuse cutanée. Le caractère de l'excipient devient, à ce titre, beaucoup plus important que la nature du principe actif dont il sera le véhicule.

Eller et Wholff (*Archives of Dermatology and Syphilology*) ont étudié la perméabilité de la peau des lapins. Ils arrivent aux conclusions suivantes : les substances médicamenteuses appliquées sur la peau intacte peuvent être absorbées et pénétrer dans le courant circulatoire. Le degré d'absorption est variable suivant les véhicules et les produits qui y sont incorporés. Passant ensuite à l'examen détaillé des excipients expérimentés, les auteurs trouvent que la pénétration des graisses ne peut se faire qu'au niveau des gaines des poils et par les canaux des glandes sébacées (d'où possibilité d'infection, de folliculite, etc...). Il n'y a donc pas d'absorption directe. Les graisses végétales et minérales pénètrent plus difficilement encore que les graisses animales. Il faut aux corps gras un minimum de quatre à six heures après l'application pour qu'un commencement d'absorption puisse être envisagé.

La plupart des auteurs se sont élevés contre l'emploi des corps gras comme excipient en dermatologie. Ainsi, Gate, Cuilleret et Gattefosse (*Journal de Médecine de Lyon* du 20 mai 1939) critiquent l'emploi de la vaseline et lanoline. La constitution colloïdale de la peau (70 p. 100 d'eau et 2 p. 100 de lipoïdes) ne permet pas l'absorption de ces pommades, qui sont des émulsions d'« eau dans l'huile » avec, en suspension, des corps actifs. Ils démontrent aussi que les corps gras bloquent les groupements hydrophiles de l'épiderme et empêchent son hydratation, élément important de la cicatrisation. Les graisses sont, en outre, de très mauvais solvants des corps actifs, qui restent toujours à l'état cristalloïde.

Certains excipients plus complexes se rapprochent davantage de la composition du colloïde cutané. Ce sont des émulsions « d'huile dans l'eau » comme le monostéarate de diéthylène-glycol, le monostéarate de triéthanolamine (très rares à l'heure actuelle), et qui ne supportent pas des *p*H bas.

Tous les auteurs sont pourtant d'accord aujourd'hui : la première exigence qu'une préparation dermatologique moderne doit satisfaire, c'est d'être acide, l'épiderme normal fonctionnant en phase acide (*p*H 5,2). Or la présence des corps gras et des excipients neutres est incompatible avec toute acidité libre.

Le type de l'excipient physiologique supportant un *p*H bas fut réalisé par Lavril et présenté dès 1936 au Congrès de Chirurgie. [*Lactacyd* (1).]

Il s'agit d'une association d'éthers-alcools supérieurs de la série grasse donnant des colloïdes stables à tous les *p*H. C'est un complexe très hydrophile qui accepte l'eau en toute proportion. Il absorbe les exsudats et, surtout, il est entièrement absorbé par la peau. Il ne contient aucun corps gras, ne graisse pas. Il est toléré par tous les épidermes. D'autres qualités en font l'excipient de choix : émulsif, il dissout les graisses et le sébum, et permet de nettoyer la peau ; onctueux, est plus doux qu'une pommade ; il est inoxydable, inaltérable, ne sèche pas à l'air. Cet hydro-base est le principe constitutif essentiel de la préparation dermatologique appelée par Lavril : *Lactacyd* (pâte acide, *p*H 5,2, à base de lacto-sérum).

Lactacyd, sortant du stade empirique des pâtes et pommades, marque un net progrès dans la thérapeutique cutanée. Il vient à point suppléer au manque de corps gras.

(1) Le Lactacyd est un produit des Laboratoires Lavril.

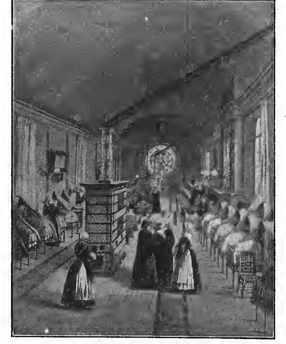
HYGIÈNE INFANTILE

LA CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE A L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS DE 1928 A 1941

PAR

P. LEREBOULLET

J'ai, il y a treize ans, alors que je prenais possession de la chaire qu'a inaugurée et illustrée le professeur Marfan, évoqué ici même le passé du vieil hospice des Enfants-Assistés et ce qu'il avait été au temps où Parrot y avait, une première fois, fixé le siège d'une clinique de médecine infantile. J'ai, plus tard, lors de la mort de mon maître Victor Hutinel, retracé l'œuvre qu'il avait accomplie dans ce même hospice pendant dix-huit ans. J'y suis enfin revenu il y a deux ans en relatant comment j'ai pu y organiser une prophylaxie efficace de la diphtérie (1). Aujourd'hui, au moment où vient de se terminer mon activité hospitalière, je crois utile de dire à cette place (comme je l'ai dit à l'Académie de médecine le 28 octobre dernier) comment peu à peu s'est transformé le service que Parrot, Sevestre, Hutinel, Variot, puis le professeur Marfan ont eu à diriger rue Denfert-Rochereau et qui est devenu en 1920 la *Clinique de la première enfance* à la Faculté de médecine de Paris.



La Crèche des Enfants-Assistés en 1870 (fig. 1).

Mon prédécesseur immédiat, le professeur Marfan, avait trouvé à son arrivée de vieux bâtiments qui, s'ils ont un intérêt historique, ne semblent guère susceptibles de constituer un service de clinique moderne.

Il eut, au lendemain des années de guerre 1914-1918, un gros effort à faire pour ramener dans les nourriceries d'alors un peu d'hygiène, en diminuer la mortalité, considérable puisqu'elle atteignait presque 50 p. 100 en 1919. Il réussit à améliorer notablement l'alimentation des nourrissons, en groupant dans les locaux spéciaux des nourrices avec leur enfant, ce qui permettait l'attribution journalière aux débiles d'une quantité relativement considérable de lait de femme. Il diminua notablement la mortalité, mais il ne put qu'imparfaitement rapprocher les uns des autres les services. Actuellement, grâce aux efforts des directeurs qui se sont succédé, M. Deschâtres, puis M. Dupoux, à la bienveillance des directeurs, à l'Assistance publique, du service des Enfants-Assistés, M. Calmettes, puis M. Poudou, à l'action du directeur général, M. Mourier, puis de son successeur, M. Serge Gas, la disposition des diverses salles de nourrissons est plus logique, leur installation mieux adaptée, et un peu de neuf a pu être réalisé dans ces vieux murs.

Je veux simplement dire ce que sont les services constitués peu à peu. Les nourrissons qui entrent à l'hospice, abandonnés ou déposés temporairement, sont portés à la *Grande Crèche* qui comporte 46 lits et qui, hélas ! était autrefois, au temps de Parrot notamment, le siège d'épidémies meurtrières entraînant des hécatombes (fig. 1). Deux principes ont dirigé sa réorganisation. Les enfants, dès leur entrée, y sont relativement isolés : un système d'alvéoles en verre, inspiré de celui existant à Nancy et à Strasbourg, a permis de séparer les berceaux les uns des autres et d'aérer facilement les locaux, évitant tout courant d'air et aussi toute surchauffe (fig. 2). Les enfants y sont gardés deux à trois semaines et bénéficient, si leur état le justifie, du lait de femme qui, grâce à l'organisation créée par M. Marfan, leur est largement assuré. Ils partent ensuite à Antony, dans la pouponnière annexe de l'hospice, devenue centre d'adaptation à l'allaitement artificiel, selon l'excellente formule proposée par M. Mourier, et y restent jusqu'à deux mois et demi ou trois mois, sous la surveillance médicale de mon ancien collaborateur le Dr Bohn

(1) P. LEREBOULLET, Leçon inaugurale (*Paris médical*, 8 décembre 1928). — Victor Hutinel (*Paris médical*, 14 avril 1934). — La prophylaxie de la diphtérie dans les collectivités de nourrissons (*Paris médical*, 9 décembre 1939).

HYGIÈNE INFANTILE *(Suite)*

et, jusqu'à l'an dernier, du Dr Baudrand (1).

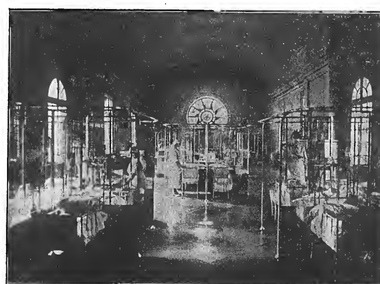
Les nourrissons, après ce passage à Antony, sont dirigés vers un des centres d'élevage surveillé que possède, en province, l'Assistance publique de Paris. Si toutefois, pendant leur séjour, à la crèche d'abord, puis à Antony, survient le moindre incident pathologique, ils sont transportés dans une de nos nourriceries.

Deux autres services, groupés dans le même ensemble de bâtiments que la crèche et au même étage, reçoivent, soit directement, soit après séjour à la crèche, les nourrissons malades. La *Nourricerie Billard*, créée avant ma venue, à boxes fermés de 2 à 4 lits (fig .3), est dotée d'une annexe où certains nourrissons peuvent être complètement isolés, au cas d'affection nettement contagieuse. Elle comporte 53 lits. La *Nourricerie Hutinel*, créée en remplacement de la nourricerie Parrot, qui était complètement séparée dans des pavillons éloignés et hors d'usage, comprend 35 lits dans des boxes ouverts (fig. 4), mais elle a, elle aussi, une série de chambres d'isolement et de boxes fermés. Elle possède en outre quelques chambres où peuvent être élevés les prématurés, dans de bonnes conditions de température et en bénéficiant largement du lait de femme, qui leur assure une croissance rapide. Ces deux nourriceries, qui reçoivent chaque année de 600 à 700 enfants de tout ordre, ont une mortalité très réduite, sur laquelle je vais revenir.

A ces nourriceries s'ajoutent, au pavillon Pasteur, réservé aux malades de la ville, d'autres lits de nourrissons. Ces installations sont complétées par la salle Henri-Roger, où sont groupés, dès leur entrée, et avant leur répartition, les enfants de six à dix-huit mois (16 lits).

Parallèlement s'est développée, pour recevoir les mères avec leurs enfants et prévenir l'abandon, la *Maison maternelle de Châtillon*, récemment reconstruite et réorganisée, qui, comme la pouponnière d'Antony, complète heureusement les ressources qu'offre le service des Enfants-Assistés pour les enfants du premier âge. A ce service viennent s'ajouter des *consultations de nourrissons* très fréquentées et diverses consultations spéciales.

Je ne veux pas prolonger cette énumération ; elle montre qu'ainsi s'est constitué peu à peu un *service de nourrissons comportant plus de 150 lits et permettant un isolement suffisant de chacun d'eux.* Je voudrais surtout signaler ici les résultats obtenus en assurant mieux l'hygiène de ces jeunes enfants et en luttant contre les infections qui, trop souvent, ont été dans le passé, dans ces mêmes locaux, la source d'une mortalité lamentable. Malgré l'adjonction, aux nourrissons abandonnés ou en dépôt, des « enfants secourus » dont l'Assistance publique a la charge, des enfants de la ville admis directement dans une proportion de plus en plus grande quoique encore limitée, la mortalité s'est peu à peu notablement réduite.



La crèche des Enfants-Assistés en 1938 (fig. 2.)

La Grande Crèche ne comporte pratiquement pas de mortalité, puisque tout enfant suspect ou souffrant n'y est pas gardé (étant de suite passé dans les nourriceries) et que les morts subites ou rapides (notamment par coup de chaleur) y sont devenues exceptionnelles.

Les Nourriceries Billard et Hutinel n'ont actuellement qu'une mortalité très faible. Quelques chiffres le montrent. A l'arrivée du professeur Marfan, en 1919, cette mortalité s'élevait à 49,18 p. 100. Grâce à ses efforts, elle était, après quatre ans, tombée à 20,74 p. 100. En 1928, lors de mon arrivée aux Enfants-Assistés, elle était de 15,93 p. 100, chiffre encore relativement élevé, mais

(1) Cette pouponnière a été, elle aussi, peu à peu améliorée et constitue actuellement un centre de puériculture remarquable, dont la mortalité a été transformée. (Le Dr Bohn a maintes fois signalé les modifications qui, peu à peu, ont fait de cet établissement un modèle et qui ont abaissé sa mortalité dans des proportions inespérées en 1928).

HYGIÈNE INFANTILE *(Suite)*

infiniment moindre que lorsque M. Marfan avait pris la charge de ces salles. J'ai continué la lutte entreprise par mon prédécesseur, pris une série de mesures nouvelles contre les infections, et notamment contre la diphtérie des tout-petits, qui, jointes à une disposition nouvelle des locaux, amenèrent d'heureux résultats. La mortalité s'abaissa



La Nourricerie Billard en 1938 (fig. 3).

en 1929 à 10,92 p. 100, en 1931 à 6,75 p. 100, oscilla les années suivantes autour de 7 p. 100, et enfin cette mortalité a été *réduite à 4,04 p. 100 en 1939 et 4,08 p. 100 en 1940*. Ce chiffre est insignifiant si on pense au nombre de petits tuberculeux, d'enfants porteurs de graves difformités congénitales, de syphilitiques congénitaux profondément atteints, de prématurés débiles et de grands hypotrophiques qui nous arrivent. Ces résultats sont d'autant plus significatifs qu'aucun nourrisson au-dessous d'un an, même contagieux, n'est évacué au cas de maladie, qu'au contraire nous recevons ceux qui nous reviennent malades de nos annexes.

Aussi bien, la mortalité générale de l'ensemble des enfants de moins d'un an qui restent à l'hospice est-elle plus faible encore. En 1939, 1 569 enfants de moins d'un an y ayant été reçus, 29 sont morts, soit une mortalité de 1,84 p. 100, pour un séjour de plusieurs semaines à la crèche et à la salle Henri-Roger, de plusieurs mois dans les nourriceries. En 1940, sur 1 427 enfants hospitalisés, le chiffre a été sensiblement le même, 1,89 p. 100. Ces chiffres sont les plus bas qui aient été constatés puisque, en 1928, à mon arrivée, la proportion des décès atteignait 8 p. 100, et que, quelques années avant, elle était de près de 20 p. 100. De tels résultats sont significatifs, car ils montrent la valeur des mesures d'hygiène prises dans ces divers services, d'une part pour assurer une alimentation adaptée de nourrissons, d'autre part pour lutter contre les infections diverses qui, au temps de Parrot, emportaient tant d'enfants.

Je ne puis les détailler dans ce court article. L'*alimentation* de nos nourrissons a bénéficié d'abord des ressources constantes que nous apporte le *lait de femme des nourrices hospitalisées avec leur enfant* selon les règles édictées par le professeur Marfan, ensuite d'une organisation plus moderne des laiteries destinées à préparer le lait de vache et les divers aliments des nourrissons hospitalisés. Si une cuisine diététique bien organisée manque encore, des progrès certains ont été réalisés de ce côté.

C'est surtout la *lutte contre les infections* qui a été l'objet constant de nos efforts. Mon prédécesseur M. Marfan avait justement signalé les ravages de la *diphtérie occulte des tout-petits*. MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun avaient, de leur côté, montré quelques aspects de cette diphtérie occulte. Elle semblait intervenir dans la mortalité des Enfants-Assistés, et volontiers on incriminait l'hospice et ses vieux murs. L'enquête que j'ai alors poursuivie, avec mon collaborateur J.-J. Gournay, m'a permis de faire appel de cette conception et de montrer que, lorsqu'un nourrisson a du bacille diphtérique dans ses narines, cette diphtérie vient du dehors, amenée avec lui, ou elle



La nourricerie Hutinel en 1938 (fig. 4).

vient d'un autre nourrisson ou d'un membre du personnel soignant, porteur de germes sans le savoir. La diphtérie des Enfants-Assistés ne vient ni des vieux murs, ni des berceaux. Ici, comme si souvent en pathologie infectieuse, *la contagion est interhumaine*. Et la preuve en fut assez vite donnée en luttant contre cette diphtérie par le *dépistage systématique des porteurs de germes, leur isolement, la désinfection de leur nasopharynx par l'emploi des arsenicaux organiques*. Les résultats

HYGIÈNE INFANTILE *(Suite)*

ne se firent pas attendre. Alors que j'avais pu aisément, en 1929, grouper 100 porteurs de germe en quelques mois, c'est à peine si, actuellement j'en trouve dans mes nourriceries 5 à 15 par an. Et cette diminution marquée de la diphtérie a coïncidé avec l'abaissement général de la mortalité tant dans notre annexe d'Antony qu'à l'hospice même. Aussi bien ai-je eu souvent, depuis treize ans, à lutter contre la diphtérie non seulement dans les nourriceries, mais dans les locaux où sont les grands enfants en dépôt, et ai-je eu la satisfaction, notamment au printemps dernier, de juguler des épidémies qui auraient pu être meurtrières. Mais je ne veux pas insister sur ce sujet, que j'ai d'ailleurs maintes fois développé, notamment dans la leçon parue ici même en 1939. C'est là un exemple auquel je pourrais ajouter celui de la *rougeole*, pour laquelle la *séroprévention* à l'aide de sérum de convalescent nous a été d'un précieux secours, des diverses *infections respiratoires* vis-à-vis desquelles les mesures d'isolement, le port systématique du masque et tout un ensemble de petits moyens nous ont paru efficaces. Ajouterai-je que l'*hygiène de la peau* de nos nourrissons a joué un rôle, et qu'ici comme ailleurs la compétence et le dévouement vraiment exceptionnels du personnel soignant ont été à la base de notre réussite.

C'est donc l'hygiène du premier âge qui nous a aidés à avoir des résultats significatifs en pathologie du premier âge. L'idée de mon prédécesseur, M. Marfan, de transporter aux Enfants-Assistés la chaire nouvelle qu'il occupait me paraît avoir été des plus heureuse. Sans doute il reste encore beaucoup à faire pour que ce soit une clinique parfaite. Du moins, comme *centre d'hygiène et de clinique de la première enfance*, elle a largement rempli son but. Grâce à l'ensemble de mes collaborateurs de tout ordre (au premier rang desquels mon assistant le professeur agrégé Marcel Lelong et mon assistant adjoint le Dr R. Joseph), cette clinique, la Clinique Parrot, comme je l'ai fait appeler, a pu être un foyer vivant de puériculture et de pédiatrie du premier âge, par les enseignements de tout ordre qui sont donnés d'une part (1), et d'autre part par les soins apportés aux nourrissons, qui nous ont permis de mettre en évidence l'importance capitale de mesures d'hygiène simples, mais exactement suivies, dans la lutte contre la morbidité et la mortalité des tout-petits (2).

Même si, quittant la rue Denfert-Rochereau, la clinique du premier âge vient un jour à être transportée dans un hôpital plus moderne et plus activement mêlé à la vie de la capitale, si l'hospice des Enfants-Assistés (dont l'organisation date de saint Vincent de Paul) est lui-même profondément modifié et reconstitué en d'autres lieux, il reste que, pendant plus de vingt ans, cet hospice a utilement contribué à démontrer l'importance primordiale de l'hygiène dans les soins des nourrissons sains ou malades.

(1) A côté de l'enseignement fait aux élèves de la Faculté et des cours de perfectionnement, le *Cours de puériculture* aux jeunes filles et jeunes femmes en vue de leur future tâche de mère de famille, cours inauguré par G. Variot et continué par le professeur Marfan, a eu un succès toujours croissant et rendu d'incontestables services.

(2) J'ai, dans nombre de travaux, montré en détail les conditions de cette prévention des infections dans les collectivités de nourrissons, notamment dans un rapport présenté avec M. ANDRÉ BOHN au Congrès d'Hygiène de 1936, dans une leçon publiée dans la *Revue médico-sociale et de Protection de l'Enfance*, n° 3, 1938, dans la thèse de Mlle JOLIVET sur « la prévention des infections dans les collectivités de nourrissons et en particulier à l'hospice des Enfants-Assistés » (*Thèse de Paris*, 1938).

LA DISTRIBUTION AUX NOURRISSONS D'UN LAIT PUR, PROPRE ET SAIN LES GOUTTES DE LAIT

par Julien HUBER

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades,
Secrétaire général du Comité National de l'Enfance.

La surveillance de la qualité du lait à donner aux nourrissons artificiellement allaités remonte à près d'un demi-siècle. C'est à Variot, dans la « Goutte de lait » de Belleville, en 1894, qu'a rendu célèbre le tableau de Geoffroy, souvent reproduit, à Dufour, de Fécamp, qu'il est juste de faire remonter cette institution. Elle consistait, comme on sait, en une distribution de lait stérilisé par ébullition dans une biberonnerie attenant à la consultation. C'est à la même époque que Pierre Budin créait, à la Charité, la première consultation de nourrissons, dont Poussineau, fondateur de la Mutualité maternelle de Paris, fut aussi un apôtre convaincu.

Plus tard, la stérilisation industrielle des laits et surtout leur concentration et l'addition de sucre assurant la conservation rendirent plus facile la réalisation par les mères d'un régime lacté pratiquement aseptique, la manipulation de ces laits et des poudres de lait étant beaucoup plus simple que celle des opérations de stérilisation avec toute la verrerie qu'elles comportent à domicile ou à la consultation. Variot et Comby en préconisèrent l'emploi.

Le problème aujourd'hui se pose différemment, les circonstances actuelles ont raréfié ces divers laits industriellement préparés, et ils ont dû — presque exclusivement — être réservés aux nourrissons débiles ou malades ; il importe cependant plus que jamais que les enfants sains soient cor-

HYGIÈNE INFANTILE *(Suite)*

rectement alimentés, pour surmonter plus aisément les périls auxquels les exposent les difficultés sans nombre de l'heure présente.

La Section de l'Enfance du Comité consultatif d'hygiène de France et son président, M. Lesné, en ont été saisis ; la question, discutée par la section, a été rapportée devant le Comité par notre collègue Robert Clément sous forme d'un projet de règlement applicable aux consultations de nourrissons, réclamant, auprès d'un médecin d'enfants compétent, des locaux appropriés et un matériel de stérilisation du lait, l'idéal étant représenté par la mise en bouteilles chez le producteur. La dispersion de la production en France rend cette solution malaisée, les œuvres privées depuis longtemps et l'initiative de l'Assistance publique dans ses créations de Paris et de la banlieue ont assuré dans de nombreux centres la distribution d'un lait stérilisé offrant toutes garanties, et nous devons rendre hommage à l'esprit de compréhension du préfet de la Seine, M. Magny et du directeur général de l'Assistance publique, M. Serge Gas, directeur (pour la région de Paris, à la Famille et à la Santé, qui ont mis les créa) tions ainsi réalisées par eux à la portée des enfants fréquentant les consultations antérieurement créées et offrant toutes les garanties médicales et hygiéniques nécessaires.

Récemment, le 8 octobre dernier, une intéressante réunion du Comité national de l'Enfance, sous la présidence du professeur Marfan, était consacrée à cette étude. Il faut en retenir que les médecins et hygiénistes présents ont été d'accord pour préconiser l'allaitement par le sein et, à défaut de cette ressource supérieure à toutes les autres, de demander aux pouvoirs publics d'intensifier par tous les moyens la production des usines françaises en laits secs ou condensés — cette production étant encore très inférieure aux possibilités de cette industrie. Il fut également souligné qu'il était désirable que fût autorisée, sous le contrôle de la Croix-Rouge française, l'importation de stocks de laits concentrés et de poudres de lait réservés aux nourrissons. Nous sommes personnellement chargé sur ce point d'un rapport qui sera présenté en novembre au Comité des activités médicales de la Croix-Rouge française.

Cette réunion du Comité national de l'Enfance avait pour raison principale l'exposé par notre ami, le Dr Rouèche, secrétaire général adjoint, des dispositions de la très importante circulaire en date du 19 mai 1941 consacrée au lait et signée de notre collègue Serge Huard, secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, à l'activité et à l'indépendance de qui nous rendons ici un bien sincère hommage.

Dans ce document adressé aux préfets et, par eux, aux inspecteurs départementaux de la Santé ainsi qu'aux directeurs régionaux à la Famille et à la Santé, sont rappelées les conditions actuelles de répartition du lait, conséquence des restrictions ; elles imposent des manipulations qui exposent le lait à des altérations. Dans les grandes villes, la pasteurisation dans les centrales laitières fournit un lait convenable ; ailleurs, le personnel et l'outillage laissent à désirer, le mélange des laits rend le contrôle difficile, d'où un relâchement dans les soins nécessaires au ramassage correct du lait. L'altération de tels laits, qui « tournent » et privent ainsi la population enfantine de son aliment nécessaire, en est une conséquence, les gastro-entérites sont devenues plus fréquentes.

Ces dangers conduisent à préconiser une politique d'amélioration et de contrôle de la qualité du lait.

Le rappel des textes montre, ainsi que nous l'avons souligné jadis (à la Société de pédiatrie, au Conseil supérieur d'hygiène publique de France et dans diverses publications), que les réglementations ont surtout visé à la répression des fraudes plus qu'à la protection réelle de la santé publique. Elles témoignaient d'un courage civique bien insuffisant de la part des autorités responsables, vestiges d'un temps qu'il faut souhaiter révolu, trop respectueux des routines du monde agricole et de l'autorité de puissants groupements.

Aussi accueillons-nous avec joie et avec espoir un texte qui préconise l'intervention des inspecteurs de la Santé, en liaison étroite avec le service vétérinaire et les services de la répression des fraudes, partout où la centralisation du lait engage la responsabilité des pouvoirs publics.

Il y a donc lieu d'entrevoir :

1° La surveillance à l'étable, portant sur le personnel, la technique et le matériel concourant à la traite ; un effort patient et tenace est à prévoir dans cette première étape.

2° Le contrôle des établissements de centralisation, d'écrémage et de pasteurisation, tant pour l'installation que pour l'hygiène, la propreté, l'instruction technique et, ici encore, l'état de santé du personnel.

Le lait sera goûté à l'arrivée, les échantillons suspects écartés du mélange. Le lait écrémé sera pasteurisé à très bref délai — après avoir été nettoyé et filtré. La température et le temps de chauffe du lait seront vérifiés, ainsi que la réfrigération consécutive ; aucune contamination ultérieure du lait ne doit ensuite être possible ; lavage, séchage et stérilisation des bidons, recherche des germes pathogènes du lait prélevé au centre ou, mieux, chez le détaillant.

3° Chez ces derniers, avec le concours des maires, l'hygiène des locaux sera strictement surveillée.

4° Le consommateur enfin sera renseigné par tous moyens utiles sur les dangers d'une mauvaise

hygiène du lait ; la propagande en ce sens sera active.

A chaque échelon, production, centralisation, vente au détail, les fautes devront être relevées et corrigées pour le bien de tous.

La création et l'extension des Gouttes de lait devront être favorisées, encouragées et, là où elles n'existent pas, notamment dans les villes de moyenne importance, créées et annexées à la consultation de nourrissons. A cet effet, des subventions pouvant atteindre 50 p. 100 de la dépense engagée seront fournies par l'administration de la Santé publique. L'action conjuguée de la Croix-Rouge française et des œuvres favorisera ces initiatives. Une étude a été demandée indiquant les villes déjà dotées de Gouttes de lait existantes et les mesures destinées à en étendre les bienfaits, et, d'autre part, les villes de 20 000 habitants ou plus non dotées de Gouttes de lait.

On ne peut que souscrire à toutes les suggestions de cette importante circulaire qui marque un grand progrès dans la lutte contre la mortalité infantile ; le fléchissement constaté après les douloureux événements de 1940 imposait une politique réaliste et énergique. Tous les médecins l'approuveront et se feront un devoir d'aider à son succès.

Nous avons fait une allusion à l'accord donné aux autorités de la région parisienne favorables à une large utilisation des Gouttes de lait pour tous les enfants fréquentant les consultations de nourrissons des localités dotées de ces établissements de stérilisation du lait.

Avant de terminer cet exposé, nous reproduisons ici les vœux transmis au sous-secrétariat d'État de la Santé publique, à la Croix-Rouge française, à l'Inspection générale de la Santé publique, au Secours national et à la Direction régionale de Paris à la Famille et à la Santé.

Le Comité national de l'Enfance, sous la présidence de M. le professeur Marfan, a émis les vœux suivants :

1° Que soit recommandé de façon pressante, *pendant quatre mois au moins*, l'allaitement des nourrissons *au sein par leur mère*, allaitement qui reste la meilleure sauvegarde des nourrissons (les événements de 1940 en ont apporté une preuve nouvelle).

2° Que soit envisagée la multiplication des « Gouttes de lait » mettant à la disposition des mères des biberons de lait pur, propre et sain, destinés aux enfants suivis par les médecins de famille et dans les consultations de nourrissons *offrant toutes les garanties d'organisation médicale et hygiénique*.

3° Que soit obtenue des autorités compétentes l'importation, sous le contrôle de la Croix-Rouge française, de stocks de laits concentrés et de poudres de lait *en quantité aussi élevée que possible*.

4° Que soit intensifiée la production par les usines, en France occupée ou non, des laits condensés et des poudres de lait.

LES ACTIVITÉS NOUVELLES DE LA FÉDÉRATION DES ŒUVRES GIRONDINES DE PROTECTION DE L'ENFANCE

par **Ph. CADENAULE** (de Bordeaux),
Secrétaire général.

La Fédération des Œuvres girondines de Protection de l'Enfance a été fondée, en 1918, sur l'initiative du préfet de la Gironde, M. Bascou, dans le but de réunir et de coordonner toutes les Œuvres de puériculture du département.

Reconnue d'utilité publique en 1921, elle groupe les représentants de toutes les œuvres privées de protection de l'enfance, ainsi que ceux des pouvoirs publics et les administrations s'occupant de l'enfant. Elle est affiliée au Comité national de l'Enfance et constitue sa section départementale girondine.

Elle comprend 56 œuvres qui entretiennent 34 consultations prénatales, dont 24 à Bordeaux, 6 en banlieue et 4 dans le département, 3 maisons maternelles, 95 consultations de nourrissons, dont 34 à Bordeaux, 17 en banlieue et 44 dans le département, 2 pouponnières, 10 crèches dont 8 à Bordeaux, 2 chambres d'allaitement, 3 stations climatiques pour enfants débiles, un préventorium pour enfants de moins de cinq ans issus de parents tuberculeux, 10 dispensaires médicaux et chirurgicaux pour enfants, sans compter de nombreuses colonies de vacances, des bureaux de distribution de secours en argent ou en nature, les institutions de placement familial (section girondine de l'Œuvre Grancher), l'École de Puériculture de Bordeaux et l'Institut de Puériculture et d'Hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest.

La Fédération, en vue d'assurer son rôle de liaison et de coordination entre les Œuvres fédérées, a créé, organisé et dirigé un service d'infirmières-visiteuses et un Centre de Protection de l'Enfance.

Jusqu'à la dernière guerre, les infirmières étaient au nombre de 25, toutes titulaires du diplôme d'État : 15 affectées à Bordeaux, 10 presque toutes munies d'une petite voiture automobile, assurant le service de la banlieue et de divers cantons du département. Depuis le début de la guerre, elles ont collaboré en outre au service des réfugiés dans le département d'accueil de la Gironde. Le 1er janvier 1941, elles ont été incorporées dans la nouvelle organisation sociale polyvalente du département et dépendent admi-

HYGIÈNE INFANTILE *(Suite)*

nistrativement de l'Office départemental d'Hygiène sociale.

Le Centre de Protection de l'Enfance fonctionne depuis 1925 dans les locaux mis à la disposition de la Fédération par la Commission administrative des Hospices à l'Hôpital des Enfants. Véritable agence de renseignements, possédant une documentation précise sur toutes les Œuvres de protection de l'enfance du département, il assure, sur la demande des médecins, les soins d'urgence aux enfants, il établit les cartes de « lait pour nourrissons de la ville de Bordeaux », coordonne le Service social des Maternités, des Enfants assistés, il fait la liaison du Service social auprès du Tribunal pour enfants, du Service des « donneuses de lait », il collabore au Service d'Assurance-maternité d'un grand nombre de Caisses primaires d'assurances sociales et sert d'École d'application des lois sociales aux élèves des Écoles d'État d'assistantes sociales. Il constitue une véritable permanence où il est toujours possible d'avoir tous renseignements concernant la protection de la mère et de l'enfant, et d'obtenir les secours les plus urgents en vêtements, lait, farines. Son activité est considérable, et il reçoit chaque année plus de 10 000 visites motivées par des demandes de secours ou de renseignements.

Il n'est pas besoin d'insister sur les services éminents que, depuis vingt-trois ans, la Fédération a pu rendre et sur l'efficacité de son action sur la protection de l'enfance dans le département. La mortalité des 8 944 enfants surveillés par la Fédération oscilla, au cours des dix dernières années, entre 1,38 p. 100 en 1935 et 3,27 p. 100 en 1931.

Son rayonnement est dû, pour la plus grande part, à ceux qui en furent les créateurs, puis les dirigeants : le regretté professeur Moussous, qui avait été le président du début, et qui lui avait apporté toutes les ressources de son immense amour pour l'Enfant, et le Dr Rocaz, dont la Fédération fut, dans le domaine social, l'œuvre maîtresse; jusqu'à sa mort, au début de 1940, il lui a consacré toute sa science, toute son ardeur, et lui a donné tout son épanouissement.

Qu'est devenu cet organisme si important depuis que l'Office départemental d'Hygiène sociale a commencé à fonctionner dans la Gironde le 1er janvier 1941 ?

La Fédération continue à coordonner entre elles toutes ses Œuvres fédérées et à établir

HYGIÈNE INFANTILE *(Suite)*

leur liaison avec l'Office d'Hygiène sociale. Le Centre de Protection de l'Enfance n'a rien changé à son activité antérieure et groupe toutes les activités qui concernent la mère et l'enfant en collaborant étroitement avec les assistantes sociales de l'Office départemental, dont 25 sont d'anciennes infirmières-visiteuses de la Fédération.

Aux côtés de l'Office départemental, en liaison étroite avec lui, la Fédération continue donc à contrôler tout ce qui concerne la protection maternelle et infantile.

Mais les circonstances particulières que nous traversons ont amené le Conseil d'administration à créer de nouvelles activités que nous exposerons successivement.

Collaboration avec le Secours National. — Le Secours National a chargé la Fédération, depuis le 1er décembre 1940, de la distribution de secours de lait et de farines alimentaires aux enfants au-dessous de dix-huit mois.

Ces distributions sont effectuées par l'intermédiaire de 95 consultations de nourrissons de la Fédération avec le contrôle des assistantes sociales de ces consultations. Cette organisation a le double avantage d'encourager la venue des mères aux consultations, et de faire des distributions qui aboutissent sûrement aux intéressés. Le Secours National fournit à la Fédération les facilités nécessaires pour se procurer les produits et pour y intéresser les différentes Œuvres fédérées. les charges de ce service sont assurées à moitié par les Œuvres, à moitié par la Fédération. Depuis plus de onze mois de fonctionnement, la part de la Fédération a été en moyenne de 4 000 francs par mois et ce service a donné satisfaction générale. Le lait et les farines sont réservés aux seuls enfants qui en ont vraiment besoin et dont la famille est dans une situation matérielle actuellement déficiente (chômage, père prisonnier).

Depuis le 15 août, le Secours National a aussi demandé à la Fédération d'assurer la distribution de rations supplémentaires réservées aux femmes enceintes ou aux mamans nourrissant leur enfant au sein. Ces rations, composées de pâtes ou de légumes secs, sont fournies par le Secours National, et la Fédération prend à sa charge la manutention en petites poches de 250 grammes et la distribution qui a lieu deux fois par semaine au Centre de Protection de l'Enfance par le personnel du Centre aidé de puéricultrices en stage. Ces denrées sont remises aux intéressées gratuitement ou moyennant une légère rétribution pour celles qui peuvent payer, et contre présentation d'un certificat médical attestant que l'intéressée fréquente une consultation de nourrissons ou de femmes enceintes. Le montant des sommes recueillies est intégralement versé au Secours National. Et, depuis le début, 1 200 distributions ont été faites. D'autres collaborations du même ordre avec la Croix-Rouge et le Secours National sont à l'étude et trouveront auprès de la Fédération le concours le plus absolu.

Comité technique permanent. — Si, du fait du fonctionnement de l'Office départemental d'Hygiène sociale, le rôle purement administratif ou de gestion des assistantes sociales paraît avoir diminué, par contre, le rôle technique de la Fédération n'a fait qu'augmenter. Aussi, devant les très nombreuses questions concernant la mère et l'enfant que pose l'époque actuelle, le Conseil d'administration de la Fédération a créé un *Comité technique permanent* dans sa séance du 5 mars 1941.

Ce Comité, composé de pédiatres et d'accoucheurs de la Fédération, se réunit tous les samedis matin au Centre de Protection de l'Enfance, sous la présidence du secrétaire général. Il est composé de MM. les professeurs Andérodias, M. Rivière, Piéchaud, de MM. les docteurs Balard, Boisserie-Lacroix, Ph. Cadenaule, Jean Clarac, Cantorne, Mlle Fiot, Lartigaut, Marcel Traissac.

Chacun fait sa part des observations qu'il a pu faire dans son rayon d'activité, apporte ses suggestions aux questions à l'ordre du jour, les vœux sont ainsi adoptés et des démarches entreprises auprès des pouvoirs publics compétents, avec lesquels, du reste, le Comité technique est en liaison étroite et constante, et ainsi des solutions immédiates peuvent être obtenues. Cette réunion hebdomadaire a le très grand avantage d'éviter toute perte de temps dans l'étude des questions, de pouvoir les suivre jusqu'à leur solution et de s'assurer de leur exécution régulière. C'est ainsi qu'un important travail a pu être effectué. Tout d'abord la liste exacte des œuvres ou institutions diverses publiques ou privées constituant tout l'équipement médico-social de la Gironde et de la région a été établie et remise au Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

L'importante question du « lait pour nourrissons de la ville de Bordeaux » a été ensuite abordée, question urgente, car, du fait des difficultés actuelles de transport, ce service présentait des irrégularités, des retards de livraison, une qualité douteuse de lait, bref de graves inconvénients. Après de nombreuses démarches, de multiples tractations auprès des pouvoirs publics, ce service a été complètement réorganisé il y a environ un mois, et fonctionne à la satisfaction générale. Le « lait sec » étant devenu très rare dans le commerce, un dépôt a été organisé au Centre. Un service de babeurre frais a été aussi réalisé au Centre et a rendu, pendant la saison chaude, dans les services hospitaliers et dans les œuvres, d'inappréciables services. Des suggestions destinées à favoriser l'obtention des farines

HYGIÈNE INFANTILE *(Suite)*

et des légumes secs pour les enfants ont été écoutées et ont abouti à des résultats intéressants.

Devant la recrudescence actuelle de la tuberculose chez l'enfant constatée par tous les pédiatres et, en particulier, dans les services de l'Hôpital des Enfants, le Comité technique s'est efforcé d'en déterminer les causes ; elles lui ont paru être de deux ordres : 1° relâchement du dépistage ; 2° insuffisance actuelle de l'alimentation des enfants et des adolescents.

Pour remédier à la première, il a paru nécessaire d'intensifier l'action des assistantes sociales, de s'efforcer d'augmenter le dépistage dans tous les services d'enfants par la pratique systématique des cuti-réactions et par la centralisation de tous renseignements de cet ordre au fichier du Centre antituberculeux par l'intermédiaire d'une assistante sociale. Des démarches dans ce sens ont été faites auprès de tous les chefs de service de l'Hôpital des Enfants et du président de la Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux et de l'internat.

Un des remèdes à apporter à la deuxième cause est la suralimentation à l'école.

Un projet avec types de menus apportant 100 à 300 calories supplémentaires par jour a été proposé au Secours National, à l'Inspection académique, au Secours de Solidarité de la Communauté bordelaise, au Service d'Hygiène de la ville, et une organisation prochaine de la ville va améliorer dans les écoles ce qui a déjà été réalisé dans cette voie.

Le Comité s'est aussi occupé de l'importante question de la pratique du B. C. G. et de la nécessité de l'isolement prolongé de tout nourrisson vacciné en milieu tuberculeux, de l'isolement des tuberculeuses dans les maternités.

Des projets de statut des consultations de nourrissons, des consultations anténatales, de l'inspection médicale scolaire ont été soumis au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, en vue de la nouvelle organisation médico-sociale du département.

Enfin de nombreuses questions sont à l'ordre du jour, telles que surveillance technique des différentes œuvres de Protection de l'enfance, crèches en particulier, etc., et à chaque réunion de nouvelles questions sont apportées montrant toute l'étendue des problèmes à résoudre et l'utilité du Comité technique, dont l'activité sera certainement de plus en plus grande et fructueuse.

Institut de Puériculture et d'Hygiène scolaire. — La nouvelle organisation médico-sociale du département de la Gironde, réalisée dans son principe depuis le 1er janvier 1941, va entraîner la création de nombreuses consultations de nourrissons, de consultations anténatales, que, malgré ses efforts poursuivis depuis plus de vingt ans, la Fédération n'avait pas encore pu organiser dans toutes les régions du département. En outre, l'inspection scolaire, actuellement réalisée à Bordeaux et dans quelques agglomérations importantes seulement, va se généraliser dans tout le département. Pour faire fonctionner ces diverses organisations, il faudra choisir des médecins dans les différentes localités. Comment les désigner?

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins a demandé à la Fédération de soumettre à son agrément ceux qui paraissaient susceptibles de remplir ces fonctions. Cette mission est très délicate à remplir dans les endroits où plusieurs médecins peuvent être en compétition lorsque aucun titre n'impose particulièrement le choix.

Il est donc apparu nécessaire à la Fédération de créer un Institut régional de Puériculture et d'Hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest, réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité.

L'enseignement de la Puériculture dans la région, réalisé, en effet, depuis 1917 par l'École de Puériculture de Bordeaux, (Fondation Docteur Édouard Cadenaule), son annexe de La Bastide et de Libourne, pour les jeunes filles des Écoles supérieures, de l'École normale d'institutrices, les élèves sages-femmes, les élèves de la Croix-Rouge et par les écoles d'infirmières d'État de Bordeaux, se trouve ainsi complété.

Inauguré le 14 juillet 1941, l'Institut régional de Puériculture et d'Hygiène scolaire est placé sous le haut patronage de M. le maire de Bordeaux, président de la Commission administrative des Hospices, de M. le président de l'Ordre des médecins, de M. le vice-président de l'Office départemental d'Hygiène sociale et de M. le médecin-inspecteur départemental de la Santé.

Une première session accélérée a eu lieu du 14 juillet au 10 août 1941. Elle a été suivie par 30 médecins internes ou étudiants.

L'enseignement de l'année 1941-1942 comprendra trois sections : Section de Puériculture anténatale en novembre et décembre 1941 ; Section de Puériculture postnatale en janvier, février et mars 1942 ; Section d'Hygiène scolaire en avril, mai et juin 1942.

Cet enseignement, qui comportera une journée de travail par semaine, pour permettre aux médecins praticiens de la région de pouvoir le suivre sans trop de difficultés pour leur activité, comprend des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture, ainsi que dans des consultations privées anté- et postnatales, enfin des visites dans différentes œuvres sociales de protection maternelle et infantile, et dans des établissements scolaires.

Les cours sont faits par des professeurs à la Faculté de médecine, des médecins des hôpitaux,

d'anciens chefs de clinique, tous spécialisés en puériculture.

Un certificat sanctionne l'assiduité à chacune des trois séries de cours et, d'accord avec l'Ordre des médecins et l'Office départemental d'Hygiène sociale, ces certificats pourront ultérieurement servir à des praticiens en vue de leur désignation comme médecins rétribués des consultations prénatales, des consultations de nourrissons et du Service de l'Inspection médicale scolaire que l'Office départemental d'Hygiène sociale se propose d'organiser dans le département.

Nous attendons beaucoup de cette dernière initiative pour diffuser et faire aimer la puériculture dans les milieux médicaux.

Telles sont les principales activités nouvelles de la Fédération des Œuvres girondines de Protection de l'Enfance, qui suit la tradition de ses différents animateurs et qui peut se résumer en ces mots : *Tout pour sauver l'enfant.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *novembre* 1941.

Rapport sur les produits de remplacement. — M. L. TANON, au nom de la Commission, soumet à l'Académie deux demandes : l'une au sujet d'un produit destiné à remplacer la viande ; l'autre au sujet d'une autorisation pour l'emploi d'un antiseptique dans l'utilisation du sucre de raisin dans la fabrication des bières et limonades.

Première question. — Il s'agit d'une levure, torula, cultivée sur du bois hydrolisé et ajoutée aux biscuits. Il propose un avis favorable étant donné que la valeur énergétique en est connue, et qu'il contient beaucoup d'acides aminés. La Commission demande seulement que la répartition soit faite judicieusement dans les écoles. Avis favorable.

Deuxième question. — Addition d'acide salicylique aux sirops et limonades qui seraient fabriqués avec du sucre de raisin au lieu de saccharine. Le sirop de sucre, qui, à 35° Baumé et gazéifié, ne sub'ssait pas de fermentation, est devenu impossible à se procurer. Or le moût de raisin, surtout après addition d'essences végétales aromatiques et très fermentescibles, ne peut être conservé et même que difficilement préparé.

En conséquence, le président du groupement des concentrateurs de moût de raisin demande que soit autorisée l'addition d'acide salicylique. La Commission propose à l'Académie de donner un avis défavorable conforme, d'ailleurs, à celui du Comité consultatif d'hygiène de France (rapport du professeur Schaeffer) ; elle considère qu'il vaut mieux employer le bisulfite de soude et, si celui-ci manque, d'utiliser le froid, qui jusqu'ici n'a pas fait l'objet de décret et mérite d'être employé.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

Service de la vaccine. — M. BÉNARD donne lecture du rapport sur le service de la vaccine pendant l'année 1940.

Poliomyélite expérimentale de la souris. Étude de la réceptivité et de l'incubation. — C. LEVADITI. — On sait que la durée de l'incubation de la poliomyélite humaine est sujette à des variations. Tantôt très courte (de deux à trois jours), cette incubation, considérée sur le plan de la contagion inter-humaine, peut atteindre dix, quatorze, vingt et même soixante jours.

Les résultats de l'expérimentation sur de grandes séries de souris (près de 500), inoculées par voie transcranienne avec la souche poliomyélitique Lansing, pathogène pour cette espèce animale, offrent de frappantes analogies avec les observations recueillies en pathologie humaine (variabilité de la durée de l'incubation, immunité naturelle, etc.). Deux optimums (respectivement 12,3 p. 100 et 56,2 p. 100) ont été observés : le premier, concernant les incubations de deux à six jours ; le second, les incubations de neuf à vingt jours. 24,4 p. 100 des sujets ont échappé à la maladie. Pour ce qui a trait aux incubations exceptionnellement longues (quarante à soixante-huit jours), il s'agit de souris ayant une apparence normale, mais qui, brusquement, se paralysent et meurent en vingt-quatre à quarante-huit heures. L'expérience montre que pendant l'incubation le virus végète dans le névraxe, en attendant le moment où, pour des raisons qui restent à préciser, il pénètre dans le neurone, y pullule, s'y reproduit, semblable à lui-même, et engendre ainsi la lyse et la neuronophagie de ce neurone.

La ration alimentaire d'un groupe de familles parisiennes de mai à juillet 1941. — MM. HUGUES GOUNELLE et RAYMOND MANDE ont procédé, en mai, juin et juillet 1941, à des enquêtes alimentaires dans 65 familles d'un milieu social homogène, modeste, mais relativement aisé de la région parisienne.

Les rations ont été calculées sur les régimes de 50 adultes, et ont donné les résultats suivants (aliments crus) :

Ration énergétique quotidienne : 1 764 calories ; hydrates de carbone : 277 grammes ; protides totaux : $67^{gr},25$; protides animaux : $24^{gr},17$; protides végétaux : $43^{gr},08$; lipides totaux : $42^{gr},08$; calcium : 546 milligrammes ; phosphore, 1 127 milligrammes ; fer : $15^{mgr},5$; vitamine A : 4 215 U. I. ; vitamine B_1 : 1 360 U. I. ; vitamine C : 65 milligrammes.

Dans l'ensemble, il ressort :

1° Une insuffisance énergétique globale liée surtout au déficit hydro-carboné ;

2° Un déficit en hydro-carbone protides animaux, lipides végétaux, calcium et vitamine A.

Bien que les régimes soient énergétiquement insuf-

fisants, leurs principes constitutifs présentent entre eux un équilibre à peu près normal, et c'est là, peut-être, la raison pour laquelle les auteurs n'ont observé chez leurs sujets, hormis un amaigrissement prononcé, aucun des troubles pathologiques signalés par ailleurs avec des régimes énergétiquement équivalents mais plus déséquilibrés.

Élection. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la IV[e] section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

M. le professeur COURRIER, du Collège de France, a été élu par 55 voix sur 75 votants ; M. Hazard a obtenu 8 voix ; M. Giroud, 1 voix, M. Ledoux-Lebard, 1 voix.

M[me] Phisalix, qui ne figurait pas sur la liste de présentation, a obtenu 11 voix.

Séance du 25 novembre 1941.

Service des eaux minérales. — M. VILLARET lit son rapport sur le Service des eaux minérales pendant l'année 1940.

Nocivité possible du paradichlorobenzène employé comme « antimites ». — M. MAURICE PERRIN (de Nancy) a observé des malaises et des altérations sanguines, notamment de l'hypogranulocytose, sous l'influence de l'inhalation prolongée des vapeurs du paradichlorobenzène, utilisé dans les appartements comme antimites (ou accessoirement comme désodorisant). Ces intoxications s'apparentent à celles que produit le benzol utilisé dans l'industrie.

Le paradichlorobenzène est un insecticide actif et maniable, très employé. Il ne faut plus le placer dans les chambres habitées ou dans les cabinets de toilette adjacents ; il faut aérer les vêtements qui en sont imprégnés.

Élection. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la première section (médecine et spécialités médicales). Classement des candidats : en première ligne, M. Courcoux ; en seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Ameuille, Aubertin, Lhermitte, Trémolières et Troisier ; adjoints par l'Académie : MM. Pruvost, Sézary et Touraine. Au premier tour de scrutin, M. Courcoux est élu par 66 voix sur 70 votants. M. Ameuille a obtenu 2 voix, M. Lhermitte 1 voix, M. Trémolières 1 voix.

Rapport sur les vaccinations et les revaccinations effectuées en France durant l'année 1940. — M. H. BÉNARD, dans la précédente séance, au nom de la Commission de la vaccine, avait lu son rapport que le manque de place nous avait forcés d'ajourner.

Dans cet important travail qui doit être adressé à M. le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, se trouve exposé le fonctionnement des services de la vaccination dans les différents départements.

Les vœux suivants sont soumis à l'Académie :

Que soit facilité, dans les divers départements, l'usage des convocations individuelles ;

Que soient rappelées aux médecins vaccinateurs la grande activité des pulpes vaccinales mises à leur disposition et l'inutilité d'inoculations trop étendues ou trop nombreuses ;

Que des instructions soient envoyées dans les maternités ou les maisons d'accouchement pour que celles-ci ne délivrent aucun certificat à un enfant inoculé, mais non revenu à la séance de contrôle ;

Que l'on procède activement à la revaccination dans les camps de jeunesse, et que l'on recherche, en s'appuyant sur les indications du dernier recensement, les jeunes filles et jeunes femmes assujetties de la vingtième année.

Ces vœux, mis aux voix, ont été adoptés à l'unanimité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances solennelles des 7-8 novembre 1941.

PREMIÈRE QUESTION

Les cortines de synthèse.

PREMIER RAPPORT.

Les hormones du cortex surrénal. Chimie et physiologie. — M. SANNIÉ, rapporteur, souligne d'abord la rapidité des progrès accomplis par la biochimie au cours de ces dernières années dans le domaine des hormones surrénales. Il passe en revue, dans la première partie de son rapport, les *symptômes de l'insuffisance surrénale et de la surrénalectomie totale*. Le symptôme le plus frappant est la mort rapide des animaux ; mais la durée de cette survie est des plus variable. C'est peu de jours avant la mort qu'apparaissent les symptômes cardinaux de la surrénalectomie : troubles digestifs, troubles de la thermogenèse, abaissement du métabolisme basal, sensibilité plus grande aux divers poisons. Un trouble particulièrement important est la fatigabilité musculaire, qui semble due surtout à une impuissance de l'organisme à réaliser les phosphorylations indispensables pour la contraction musculaire, et en particulier la synthèse du phosphagène. Les troubles de la fonction rénale, ceux du métabolisme des glucides sont d'interprétation plus difficile. Les modifications sanguines sont également très caractéristiques : hypochlorémie, concentration du sang par perte d'eau, accroissement du potassium et abaissement du sodium, élévation de l'urée et de l'azote non protéique.

L'explication de ces divers symptômes reste difficile. Le rapporteur souligne l'intérêt de l'hypothèse de Verzar, pour qui le trouble essentiel serait une inhibition du mécanisme de phosphorylation par la muqueuse intestinale des graisses et des glucides, comme cela se produit dans l'intoxication par l'acide mono-iodacétique. Les troubles digestifs seraient ainsi facilement compréhensibles, l'absorption des principaux aliments étant profondément troublée. Ce trouble de l'absorption, et notamment la suppression de l'absorption sélective du glucose, provoquerait une rupture de l'équilibre ionique entre le sang et le contenu intestinal.

Cette rupture d'équilibre aurait pour consé-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

quence une hypertonie intestinale (par présence excessive de glucose) avec passage en sens inverse d'eau et de NaCl du sang vers l'intestin, d'où concentration sanguine et hyponatrémie. Le même mécanisme interviendrait entre les tissus et le sang. Mais cette théorie est insuffisante pour résoudre tous les problèmes posés par l'action du cortex surrénal.

L'étude des hormones surrénales nécessite la possession de *tests de l'activité physiologique du cortex*. Le premier employé, le test de la survie, a l'inconvénient de s'adresser à de nombreux facteurs. Il a été remplacé par le test du maintien en bon état, qui peut être employé soit chez le rat, l'unité-rat étant la plus petite dose journalière d'extrait qui suffit à maintenir en vie 80 p. 100 des rats avec un gain de poids de 20 grammes, soit chez le chien (*dog test* de Swingle et Pfiffner), l'unité-chien étant la plus petite dose par kilo d'animal qui maintient celui-ci en bonne santé pendant sept à dix jours ; l'unité-chien équivaut à 22 unités-rat. Mais de tels tests sont extrêmement délicats ; aussi a-t-on essayé de les remplacer par des tests s'adressant à une seule fonction surrénale. On s'adresse surtout, en pareil cas, à la fatigabilité musculaire par les tests d'Everse de Fremery, d'Ingle, par le test de la nage ; on s'est adressé également à la résorption du glucose. Ces tests ont fait l'objet de nombreuses critiques. Aussi étudie-t-on actuellement l'action des extraits beaucoup plus sur chaque symptôme qu'à l'aide de tests.

Le rapporteur expose ensuite les travaux qui ont conduit à la *préparation*, puis au *fractionnement de la cortine* à partir de laquelle ont été isolées plus de vingt substances cristallisées pures appartenant au groupe de l'androstane ou, plus exactement, de l'alloprégnane, dont il précise la constitution.

Dans un deuxième temps fut effectuée la *synthèse des substances à activité hormonale*. Steiger et Reichstein obtinrent ainsi en 1937 la désoxycorticostérone, beaucoup plus active que les autres corps cristallisés extraits de la surrénale, et qui fut secondairement isolée à partir du cortex. Toute une série de substances ont été ainsi synthétisées.

Enfin le rapporteur étudie l'*action physiologique de ces hormones*. Parmi les substances actives, il classe la corticostérone, la 11-déhydrocorticostérone, la 17-hydroxycorticostérone et la 17-hydroxy-11-déhydrocorticostérone, ces deux dernières peu actives. Mais la plus active des substances cristallisées est sans aucun doute la désoxycorticostérone. Enfin, après isolement de toutes ces substances, il reste une fraction amorphe, non cristallisable, beaucoup plus efficace que le plus actif des corps cristallisés.

Mais il est à remarquer que l'action de ces diverses substances présente de notables différences, et qu'aucun composé ne peut donner à lui seul tous les effets de l'extrait total. Aucune n'est spécifique en ce qui concerne le maintien de la vie ; la progestérone elle-même prolonge la vie du furet surrénalectomisé.

Par contre, parmi les tests de l'efficience musculaire, il apparaît des différences importantes entre les hormones suivant que l'on s'adresse au test Everse de Fremery, dans lequel l'excitation est courte, ou au test d'Ingle, dans lequel l'excitation est prolongée. De même, pour l'action sur la croissance du jeune rat, certains dérivés la retardent, tandis que d'autres l'accélèrent. D'une façon générale, la corticostérone et les corps ayant un oxygène en 11 agissent le mieux sur la glycogenèse et l'activité musculaire, la désoxycorticostérone sur l'équilibre salin de l'organisme, et la pression sanguine, la fraction amorphe sur la fonction rénale.

Il semble donc exister non pas une hormone corticale, mais une série de substances hormonales de composition très voisine et dont chacune a une action physiologique prédominante. Cette notion imposerait, si elle n'était pas tempérée par l'expérience, l'emploi non d'une hormone, mais d'un complexe hormonal pour obtenir les meilleurs résultats. En réalité, la désoxycorticostérone possède à un très haut degré les principales propriétés de la cortine, en particulier sur les modifications sanguines ; par contre, elle n'agit que peu ou pas sur le métabolisme des glucides, et son action sur l'activité musculaire et la résistance aux poisons est très discutée.

Un dernier point intéressant est l'étroite *analogie qui existe entre les hormones du cortex et les hormones génitales*. La progestérone ne diffère presque pas de la désoxycorticostérone. Cette analogie se retrouve sur le terrain expérimental puisque la progestérone peut maintenir en vie les animaux surrénalectomisés, tandis que de nombreuses substances isolées du cortex, et notamment la désoxycorticostérone, ont une action sexuelle marquée. La gestation prolonge considérablement la vie du chien sans surrénale, et les extraits corticaux provoquent l'ovulation et la formation de corps jaunes chez la rate impubère. Une des hormones isolées, l'adrénostérone, totalement inactive en tant qu'hormone surrénale, possède une action androgène qui est le cinquième de celle de l'androstérone. Ces relations expliquent certains troubles génitaux observés en clinique dans l'insuffisance surrénale, et surtout l'existence, au cours de certaines tumeurs corticales, du tableau de virilisme surrénal.

Mais, en pratique, la seule hormone cristallisée utilisable en thérapeutique est la désoxycorticostérone. Susceptible d'être obtenue par synthèse en grande quantité et à un prix de revient bien moindre que les extraits totaux, elle se trouve également être la plus efficace. Elle représente à l'actif de la biochimie un magnifique succès.

La fatigabilité musculaire dans l'insuffisance surrénale. — MM. L. Binet et D. Bargeton soulignent l'intérêt qui s'attache à l'étude de la fatigabilité musculaire dans l'insuffisance surrénale conformément à l'enseignement classique de J.-P. Langlois. Les auteurs exposent leurs recherches personnelles et indiquent les techniques qu'ils emploient pour mesurer la capacité de travail musculaire chez le rat normal décapsulé traité ou non par la cortine. Un animal avant décapsulation fournit en quatre minutes un

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

travail de 2 950 grammes-centimètre. Cinq jours après l'ablation en un temps des deux surrénales, il n'en fournit plus que 1 100. Soumis à un traitement par la eortine, sa capacité de travail remonte à 2 080, 3 360 et 5 540 suivant les doses administrées et leur répétition. Après un arrêt du traitement, la capacité de travail retombe à 1 610. Les courbes obtenues permettent une étude quantitative précise.

MM. Binet et Bargeton proposent ce test pour l'étude des divers agents pharmacologiques.

Épreuve de l'hypersthénie relative provoquée. — MM. M. FERRIER, M. ALBEAUX-FERNET, G. HURET en utilisant deux épreuves ergographiques avant et après injection d'acétate de désoxycorticostérone, décèlent l'insuffisance surrénale à l'origine de diverses manifestations cliniques, en particulier de certains états asthéniques ; ils montrent que cette épreuve est spécifique et le contrôlent par l'efficacité de la thérapeutique. Ils pensent que, par cette méthode, les indications des cortines de synthèse, reposant sur une base précise, peuvent déborder largement le cadre de la maladie d'Addison.

DEUXIÈME RAPPORT.

Le traitement de la maladie d'Addison par la cortine de synthèse. — MM. L. DE GENNES, D. MAHOUDEAU et M. LAUDAT, rapporteurs, ont traité 14 cas de maladie d'Addison par l'acétate de désoxycorticostérone. Alors que les divers moyens thérapeutiques antérieurement employés leur ont toujours semblé incapables de prévaloir contre les formes sérieuses de la maladie, la cortine de synthèse leur a paru, à condition d'être employée à doses suffisantes, aussi fidèle dans ses résultats que l'insuline dans le traitement des grands diabètes. Sur les quatorze malades, quatre sont morts dans des circonstances diverses, dont un seul en cours de traitement ; tous les autres, actuellement vivants, ont repris une existence active, avec les apparences d'une santé retrouvée.

Les doses nécessaires sont extrêmement variables ; la gravité des troubles digestifs, la tendance syncopale, la fièvre, l'imminence du coma peuvent donner les indications immédiates d'un traitement intensif ; mais, dans l'ensemble, il faut procéder par tâtonnements pour déterminer la quantité nécessaire. Au moment des poussées évolutives, il faut employer des doses énormes, atteignant jusqu'à 60 milligrammes en douze heures ; mais, en général, 20 à 30 milligrammes suffisent en pareil cas, même au cours du coma ; il est utile d'y associer des injections de sérum salé hypertonique et d'extraits corticosurrénaux par voie intraveineuse. Dans l'ensemble, le traitement de

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

ces poussées aiguës donne d'excellents résultats, à part quelques cas exceptionnels où la gravité de la poussée est telle qu'aucun traitement ne saurait prévaloir.

Dans l'intervalle des poussées, les doses quotidiennes de 5 à 10 milligrammes sont en général suffisantes, surtout si on y a adjoint le régime hyperchloruré. C'est à ce moment que les adjuvants sont souvent utiles. Il est des cas où une vie active nécessite des doses de 15 à 25 milligrammes. Les rapporteurs n'ont jamais observé ni phénomène d'épuisement, ni cortico-résistance.

Mais, comme l'insuline, la désoxycorticostérone n'est qu'une hormone de remplacement nécessitant des injections quotidiennes. C'est pour pallier à ce défaut que les auteurs américains ont préconisé l'implantation de boulettes de désoxycorticostérone cristallisée. Les rapporteurs n'ont pas d'expérience personnelle de cette thérapeutique.

Les modifications des troubles gastro-intestinaux sont presque immédiates. L'action sur l'asthénie est également très rapide : presque tous les malades ont pu reprendre au bout de quelques semaines leurs occupations antérieures. L'action sur la pigmentation a été beaucoup plus discutée ; il semble bien cependant que l'hormone de synthèse ait sur la pigmentation une action directe ; la théorie sympathique de la mélanodermie addisonienne est singulièrement battue en brèche par ces constatations. L'action sur l'hypotension est indéniable, mais beaucoup plus tardive. Enfin, l'action sur la courbe de poids, constante, peut être considérée comme le test le plus précoce et le plus fidèle de l'action du traitement hormonal.

Mais le traitement n'est pas sans comporter certains dangers. C'est surtout au cours des traitements par les doses élevées qu'on observe les accidents les plus importants : les œdèmes et l'hypertension artérielle. Les œdèmes, favorisés par l'ingestion de sel, sont bien la conséquence directe du traitement hormonal, qui agit en provoquant une rétention hydrochlorurée. L'hormone corticosurrénale semble présider essentiellement aux mouvements de l'eau dans l'organisme. Les accidents d'hypertension artérielle sont plus complexes, et les rapporteurs ne les ont observés que deux fois ; ils ont rapidement cédé à la cessation du traitement ; ils semblent dus à une action directe de l'hormone corticale sur la pression artérielle.

Enfin, une étude humorale approfondie de 8 cas a montré aux rapporteurs que le syndrome humoral était inconstant, contingent et toujours incomplet.

(Voir la suite page XV.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances solennelles des 7-8 novembre 1941 (suite).

Mais toutes les modifications du chimisme humoral, si discrètes soient-elles, ont été rapidement et complètement améliorées par la cortine de synthèse. Seule l'hypoglycémie a échappé à cette règle.

Les auteurs concluent en soulignant l'efficacité de la cortine de synthèse, qui a transformé radicalement le pronostic immédiat de la maladie d'Addison.

A propos du traitement de la maladie d'Addison par l'acétate de désoxycorticostérone. — MM. N. Fiessinger, M. Roux et J. Nick ont suivi, sur une malade addisonienne depuis neuf ans et dont les surrénales calcifiées étaient virtuellement absentes au point de vue fonctionnel, l'influence comparée du traitement vitaminique par l'acide ascorbique, chlorurosodique, puis hormonal de synthèse.

Après avoir signalé que les modifications de l'équilibre ionique sous l'effet de ce dernier traitement n'ont pas confirmé certaines notions antérieures sur l'équilibre du chlore et du sodium, ils insistent surtout sur l'augmentation de poids et la dépigmentation généralisée de cette malade sous l'effet des injections de désoxycorticostérone. Au sujet de la dépigmentation, comme elle a été obtenue à l'aide de l'acide ascorbique chez certains malades, les auteurs se demandent si, dans cette occurrence, l'acide ascorbique n'agit pas en exaltant la sécrétion d'hormone corticale.

En terminant, ils signalent l'instabilité des résultats obtenus : un érysipèle de la face a suffi, en quelques heures et malgré des doses considérables de désoxycorticostérone, pour conduire cette malade à la stupeur agonique terminale.

Pour une mélanométrie plus précise. — M. H. Jausion demande, pour l'étude de la régression pigmentaire dans les syndromes addisoniens traités par la cortine, des évaluations chiffrées et très précises, faites, au moyen d'un mélanomètre rigoureux, sur divers points du tégument, fixés par des repères stricts. Il propose, à cet effet, le mélanomètre qu'il construisit, en 1939, avec le regretté Dombe. Il s'agit d'un photomètre comparateur, gradué de 0 à 100, et qui seul permet l'appréciation valable du hâle ou du pigment d'un territoire cutané restreint. Grâce à l'artifice d'une lampe rouge, l'appareil neutralise la composante hémoglobinique de la peau, dont il mesure avec une précision plus que suffisante la charge ou la surcharge mélanique. Il supprime l'échantillonnage incertain, fait sous une lumière incidente, variable d'une expérience à l'autre. De telles précautions sont indispensables dans toutes recherches sur les mélanodermies.

Sur trois cas de mort par maladie d'Addison avec tuberculose extra-capsulaire et sur quelques raisons de certains échecs ou insuccès partiels de traitement des addisoniens par la désoxycostérone. — MM. Guy Laroche et Bompard rappellent que l'évolution de la maladie d'Addison a été heureusement bouleversée par l'emploi de la désoxycostérone. Cependant, des cas de mort ou des insuccès partiels se produisent encore dont il n'est pas inutile d'analyser les raisons.

Les trois cas de mort qu'ils ont observés concernent des addisoniens avec fièvre importante atteints de localisations extra-capsulaires tuberculeuses évolutives et suppurées pour deux d'entre eux, d'infection générale pour le troisième cas.

Ces trois malades n'ont pas réagi autant qu'on pouvait l'espérer à des cures de plusieurs semaines de 10 à 15 milligrammes par jour, parfois 25 milligrammes d'hormone corticale. L'évolution fatale s'est poursuivie irrévocable et, dans les deux cas où l'autopsie a pu être faite, on a constaté un envahissement total des deux capsules surrénales par du tissu fibro-caséeux. Ces trois cas ont évolué dans un cadre exceptionnel, car, en mettant à part la tuberculose pulmonaire, si rare chez les addisoniens, la fréquence de localisation extra-capsulaire n'est que de 1 à 4,85 p. 100.

L'insuccès de la thérapeutique s'explique par la coexistence des foyers tuberculeux extra-surrénaux. Analysant les causes de mort qui surviennent chez certains addisoniens traités, ils pensent qu'elles sont dues pour une part importante à l'évolution des foyers tuberculeux surrénaux et non surrénaux, et pour une part difficile encore à préciser à la correction imparfaite de certains troubles humoraux (hypertensions, œdèmes, hypoglycémie, hypopotassémie) que les Américains accusent d'être la cause de certaines morts subites.

Le traitement par la désoxycostérone donne des résultats remarquables, mais ne peut en tout cas supprimer les troubles qui relèvent de l'infection tuberculeuse dans la maladie d'Addison.

Troisième rapport.

Applications médicales des cortines de synthèse en dehors des insuffisances surrénales. — M. M. Brodin, rapporteur, passe en revue les diverses affections au cours desquelles la cortine de synthèse a été employée.

Au cours des *infections graves* (diphtérie, tétanos, fièvre typhoïde), si l'emploi de la cortine a eu le plus souvent une heureuse influence, son efficacité n'a pas été démontrée.

Dans les *suites opératoires*, et notamment après certaines interventions digestives, les résultats ont été très favorables. Le rapporteur a constaté une amélioration nette des troubles digestifs et de la tension artérielle, et conseille l'emploi systématique de la cortine à la dose de 5 milligrammes par jour pendant les premiers jours qui suivent toute intervention sérieuse.

Dans l'*état de choc*, notamment chez les grands traumatisés et les brûlés, la cortine semble particulièrement indiquée, tant par la clinique que par l'expérimentation; elle semble, en particulier, tout spécialement apte à s'opposer à l'exode du plasma à travers les parois capillaires. Les résultats publiés jusqu'à ce jour semblent confirmer l'efficacité de ce traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Dans les *troubles digestifs* du type dolichocôlon et mégacôlon, le rapporteur n'a obtenu aucun résultat ; par contre, la cortine semble exercer une heureuse influence dans les cas de fermentations intestinales avec ralentissement du transit et troubles d'absorption.

Chez le *vieillard*, au cours des états dépressifs dus à la fois aux altérations vasculaires et à la paresse intestinale, notamment dans les asthénies graves consécutives à des infections ou à des intoxications, la cortine a paru un médicament très efficace.

Enfin, les *interréactions endocriniennes* sont actuellement à l'étude, sans qu'on puisse encore avoir une vue d'ensemble des données acquises.

Diphtéries malignes traitées par l'acétate de désoxycorticostérone. — M. R.-A. Marquézy et Mlle M. Ladet rapportent les effets de la cortine de synthèse sur l'évolution de 5 cas de diphtérie maligne.

Dans trois cas, il s'agissait d'un syndrome malin à évolution subaiguë. Le traitement par la cortine n'a été institué que devant l'accentuation de l'asthénie et la chute de la tension artérielle. Il a été poursuivi au delà de la phase critique. Les doses ont été de 5 à 15 milligrammes. Les injections d'acétate de désoxycorticostérone ont toujours été associées à l'ingestion quotidienne d'acide ascorbique (300 milligrammes). Malgré les difficultés d'appréciation, le bénéfice leur a paru réel.

Dans une quatrième observation, les injections (10 milligrammes) commencées dès le quatrième jour, en même temps que la sérothérapie, ont fait disparaître plus rapidement que d'habitude l'asthénie et la pâleur. La tension artérielle s'est maintenue constamment entre 11 et 13.

Par contre, dans une cinquième observation, l'action de la cortine a paru nulle. Injectée le cinquième jour, en même temps que le sérum, elle n'a pu empêcher l'effondrement progressif de la tension artérielle (de 15 à 11) jusqu'au décès, survenu le huitième jour.

Les auteurs signalent en outre qu'au cours d'un collapsus vasculaire, chez une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde maligne, l'injection de 40 milligrammes de cortine (25 milligrammes dans la première heure, 15 milligrammes dans les neuf heures suivantes) n'a pas été suivie de la réapparition des oscillations artérielles.

Les résultats obtenus chez les trois premiers malades méritent d'être retenus, mais il est difficile, du point de vue clinique, de les rapporter à la seule cortine de synthèse. Par ailleurs, l'acétate de corticostérone n'a jamais été utilisé isolément.

Les insuccès s'expliquent peut-être en partie par l'insuffisance des doses ou leur application trop tardive. Mais les auteurs pensent bien plutôt que l'insuffisance surrénale n'est pas seule en cause, et que la malignité, comme ils l'ont montré expérimentalement à la suite de Reilly, est sous la dépendance d'une atteinte fonctionnelle du système neuro-végétatif qui déborde le cadre de la surrénale. Ils n'en concluent pas moins que la cortine de synthèse doit entrer dans le traitement de la diphtérie maligne, à côté de la strychnine et de l'ouabaïne.

Sur l'emploi des cortines de synthèse en dehors de la maladie d'Addison. — MM. N. de Gennes et D. Mahoudeau ont essayé l'emploi de la cortine de synthèse dans un grand nombre de maladies infectieuses, et ont enregistré beaucoup plus de déceptions que de succès. En particulier dans une fièvre typhoïde grave compliquée de défaillance cardiaque et de collapsus, la cortine de synthèse injectée pendant quarante-huit jours consécutifs, à la dose de 15 milligrammes par jour, n'a jamais agi sur la tension artérielle, qui est restée basse jusqu'à la guérison de la maladie.

Par contre, ils ont obtenu, dans 3 cas de vomissements incoercibles de la grossesse, une action immédiate et remarquable qui semble due à une action autre que celle d'une coïncidence et qui paraît créer une indication réelle du traitement cortinique.

L'emploi de la cortine dans le shock. — M. Binet précise que, dans le shock expérimental, il y a, comme dans l'insuffisance surrénale aiguë, hémoconcentration. Au début, l'injection de cortine est inefficace ; seul opère le sérum intraveineux, surtout chloruré et hyposulfité. Mais au bout de quatre heures on voit réapparaître l'hémoconcentration. A ce moment, la cortine peut être utile ; elle permet au malade de garder le sérum.

La cortine dans le traitement des troubles digestifs fonctionnels. — MM. Chiray, Maschas et Mollard rapportent 3 observations de malades atteints de troubles digestifs chroniques, et améliorés, après l'échec des autres méthodes, par des injections d'hormone cortico-surrénale. Ils parlent d'un quatrième malade à qui chaque administration de la même substance donna, au contraire, une recrudescence des accidents. Ces exemples tendent à démontrer qu'un déséquilibre hormono-cortico-surrénal dans un sens ou dans l'autre (hypo- ou hypercorticostéronie) est éventuellement capable de jouer son rôle dans l'apparition ou dans l'entretien de syndromes digestifs fonctionnels. La cortine paraît indiquée : 1° chez les malades qui, atteints de ces syndromes, ont des signes, même atténués, d'insuffisance surrénale chronique ; 2° lorsque les autres thérapeutiques hormonales ont été impuissantes à améliorer la scène clinique.

DEUXIÈME QUESTION

La glycosurie hypophysaire.

Premier rapport.

Les troubles de la glycorégulation d'origine hypophysaire et leurs relations avec l'hypothalamus. — MM. P. Sainton et P. Froment, rapporteurs. — I. Étude clinique. — A. *Les troubles du métabolisme glucidique d'origine hypophysaire.*

a. La glycosurie et le diabète sucré sont retrouvés cliniquement avec une assez grande fréquence dans les syndromes traduisant un hyperfonctionnement du

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

lobe antérieur de l'hypophyse (acromégalie, gigantisme, syndrome de Cushing). Ils sont par contre exceptionnellement observés dans les affections relevant habituellement d'un hypopituitarisme antérieur ou postérieur.

Le trouble glyco-régulateur peut être peu accusé et se traduire seulement par une modification spéciale de la courbe d'hyperglycémie provoquée au glucose, associée ou non à une glycosurie qui, quand elle existe, est faible et souvent intermittente. Il peut, au contraire, être plus prononcé et donner naissance aux diverses variétés de diabète sucré : diabète simple et diabète consomptif.

Pour la majorité des auteurs, il s'agirait d'un diabète spécial, diabète hypophysaire, auquel on peut reconnaître un certain nombre de caractères particuliers. Parmi ceux-ci, il faut retenir plus spécialement l'évolution par poussées successives contemporaines pour Cushing de véritables vagues d'hyperpituitarisme, l'apparition d'une insulino-résistance soit absolue, soit limitée, la guérison ou tout au moins l'amélioration manifeste du syndrome diabétique sous l'influence de la radiothérapie hypophysaire ou, mieux encore, de l'ablation de l'adénome hypophysaire.

b. L'hypoglycémie spontanée, à l'inverse du diabète sucré, survient au cours des syndromes traduisant habituellement un hypopituitarisme antérieur (infantilisme et nanisme hypophysaires, dystrophie adiposo-génitale, cachexie hypophysaire). Cette variété d'hypoglycémie se présenterait, ici encore, avec des caractères particuliers : modifications spéciales de la courbe d'hyperglycémie provoquée au glucose avec sa flèche d'hyperglycémie basse et courte suivie d'hypoglycémie post-hyperglycémique plus marquée que chez le sujet normal, sensibilité exagérée à l'insuline, guérison possible sous l'influence d'un traitement opothérapique.

Après l'étude de ces faits, les auteurs discutent le rôle de l'hypophyse dans certaines variétés de diabète ou d'hypoglycémie spontanée survenant chez des sujets qui ne présentent, par ailleurs, *aucun signe de la série hypophysaire.* Ils retiennent plus spécialement l'insulino-résistance observée chez certains diabétiques et qui aurait pu disparaître après radiothérapie hypophysaire.

B. Les *troubles du métabolisme glucidique présentent, dans d'autres cas, une origine hypothalamique*, et on peut distinguer un diabète, dénommé généralement diabète tubérien, et qu'il semble préférable d'identifier sous le nom de diabète hypothalamique

Ce diabète peut être associé à un autre syndrome dont l'origine diencéphalique isolée est possible : diabète insipide, syndrome adiposo-génital, cachexie hypophysaire.

Un tel diabète peut se présenter sous l'aspect du diabète simple ou du diabète consomptif, la valeur de la glycosurie et de la glycémie étant parfois très élevée, mais il ne s'agit pas là de traits caractéristiques. Il n'offre pas dans son évolution les poussées accompagnant les vagues d'hyperpituitarisme signalées précédemment. Il peut, par contre, avoir une évolution régressive, mais ce caractère est peut-être plus sous la dépendance de la nature de la lésion que de sa localisation ; contrairement à certains diabètes hypophysaires, il est remarquablement influencé par l'insuline.

Ces constatations anatomo-cliniques permettent de décrire, à côté du diabète pancréatique, un diabète par *trouble de fonctionnement de la région hypophyso-hypothalamique*, et les auteurs distinguent, avec le professeur Rathery :

a. Un diabète d'origine exclusivement hypophysaire ;

b. Un diabète hypothalamique ;

c. Un diabète mixte par lésion hypophyso-hypothalamique.

Mais, à côté de ces faits, rares à la vérité, le *rôle de l'hypophyse et de l'hypothalamus doit encore être discuté dans certains diabètes pancréatiques.*

En faveur de l'intervention de l'hypophyse plaideraient la taille souvent anormalement élevée des enfants au moment de l'éclosion de leur diabète, l'existence habituelle chez l'adulte d'une phase d'obésité relative antérieurement à l'installation de la maladie, l'excès de volume fréquent des nouveau-nés, des femmes diabétiques, l'insulino-résistance.

En faveur de l'intervention de l'hypothalamus, doivent être retenues les constatations anatomiques de Morgan, Venderahe et Malone : lésions de ramollissement avec diminution des cellules ganglionnaires, chromatolyse prédominant sur les noyaux de l'hypothalamus antérieur et, en particulier, sur le noyau paraventriculaire.

II. Étude physiologique. — A. *Données expérimentales.*

1° Le rôle du *lobe antérieur* sur le métabolisme glucidique est bien établi depuis les recherches de Houssay et de son école. Chez les animaux normaux (chien, crapaud), l'ablation du lobe antérieur provoque de l'hypoglycémie et augmente la sensibilité à l'insuline. Chez des animaux dépancréatés, cette intervention atténue le diabète expérimental et augmente la sensibilité à l'insuline.

Inversement, l'injection d'extrait antéhypophysaire chez des animaux normaux provoque de la glycosurie et même, dit Houssay, un véritable état diabétique ; parallèlement, l'insulino-résistance augmente.

D'autres expérimentateurs ont pu provoquer des diabètes par injections massives et prolongées d'extrait antéhypophysaire. Chez des animaux rendus diabétiques par pancréatectomie ou par la phloridzine, l'injection d'extrait antéhypophysaire aggrave les accidents, et il en est de même chez les animaux dépancréatés et hypophysectomisés.

2° Les *principes ou substances élaborés par l'antéhypophyse* susceptibles de jouer un rôle dans l'équi-

libre glucidique et à qui on attribue un rôle hormonal se divisent en deux groupes :

a. *Groupe hyperglycémiant.* — *L'hormone diabétogène de Houssay* peut être dosée par différents tests, test du crapaud de Houssay, test de l'hyperglycémie provoquée à longue échéance, chez le chien. L'action diabétogène s'exercerait, pour Houssay, sans l'intervention d'aucune autre glande sauf le foie.

L'hormone contre-insulaire ou contre-insulinique de Lucke n'a pas une individualité très marquée et semble un mélange de diverses hormones. Elle est considérée comme diminuant la résistance à l'insuline et sans action sur la glycémie. On l'appelle encore facteur glycotrope.

Beaucoup mieux caractérisé est le *principe glycogénolytique d'Anselmino et d'Hoffmann*, qui est capable d'abaisser en quelques heures après une injection le glycogène des animaux en expérience : cette hormone se présente sous forme d'une poudre acétonique et semble la plus nettement individualisée.

Le *principe cétogène ou hormone acétonémiante* est capable de faire augmenter en quelques heures la teneur acétonique du sang de l'homme ou du rat.

L'hormone hyperglycémiante ultra-filtrable en injection ne donne que des hyperglycémies temporaires. Elle est niée par quelques auteurs.

Existe-t-il une seule substance hyperglycémiante ou plusieurs substances? Houssay tend à admettre un principe unique, qui agirait par l'intermédiaire du foie, tandis que Kepinov admet qu'il existe un couple hormonal antéhypophyso-adrénalinique. La majorité des physiologistes admettent que l'action diabétogène est la résultante de plusieurs actions normales ; elle serait l'expression pathologique d'une rupture d'équilibre qui ne peut être obtenue qu'au bout de plusieurs jours, avec des doses absolument inhabituelles, en freinant complètement la fonction insulaire. Cette action nécessiterait l'intervention de deux hormones : il semble que l'on soit d'accord sur le rôle de l'hormone cétogène, pour la seconde, serait l'hormone diabétogène ou l'hormone glycogénolytique, son identité est d'ailleurs discutée.

b. *Groupe hypoglycémiant.* — Il est représenté par *l'hormone pancréatotrope* d'Anselmino et Hoffmann qui s'oppose aux hormones précédentes et provoquerait l'hypertrophie des îlots de Langerhans.

c. *Autres hormones.* — Ce sont les hormones auxiliaires, thyréotropes, corticotropes, adrénalotropes et thymotropes, dont le rôle est à préciser.

B. *Données pathgoloiques.* — On connaît l'action frénatrice de l'ablation de l'hypophyse ou de la radiothérapie sur le diabète acromégalique. Quant à l'action diabétogène de l'extrait hypophysaire chez l'homme, une observation de Strauch tend à montrer que l'emploi de fortes doses d'extrait antéhypophysaire peut amener chez un individu non prédisposé un diabète d'allure grave.

Anselmino et Hoffmann ont pratiqué la recherche des hormones glycogénolytiques et acétonémiantes dans des cas de diabète ordinaire dans le sang et dans les urines. Ils concluent que ces deux hormones ne peuvent être décelées chez l'homme sain, mais qu'elles peuvent l'être soit chez les diabétiques, soit chez les individus sains en surcharge glucidique ou lipidique. Boskom et Sladovic ont, à l'aide d'un test spécial, observé que l'hormone diabétogène obtenue à l'état pur a les mêmes effets que l'hormone glycogénolytique. Quant au principe pancréatotrope il a été trouvé chez des femmes normales ou diabétiques.

Les notions que nous possédons sur les hormones hypophysaires sont cependant encore très incertaines et il serait imprudent d'affirmer leur spécificité ; les notions actuellement acquises ne constituent qu'une étape, et il serait prématuré de vouloir appliquer ces données encore incertaines au domaine pathologique.

Le *rôle du lobe postérieur* est beaucoup moins important, mais il n'en est pas moins certain que l'injection d'extrait de lobe postérieur élève la glycémie passagèrement et prolonge la vie du crapaud hypophysectomisé et renforce le diabète du crapaud dépancréaté. On ignore le principe auquel il faut attribuer cette action.

En ce qui concerne le *rôle de l'hypothalamus*, il n'est pas douteux. Les recherches d'Aschner, Camus et Roussy ont montré que les lésions tubérieunes expérimentales provoquent une hyperglycémie plus ou moins durable et que, parmi les formations hypothalamiques, les noyaux ventriculaires jouent le rôle primordial. Strick, lésant le cerveau intermédiaire, Barris, Ingram, stimulant à l'aide de micro-électrodes des centres hypothalamiques, obtiennent tantôt de l'hypoglycémie, tantôt de l'hyperglycémie, ne sachant s'ils obtiennent une action destructive ou excitatrice. Zunz et Labarre admettent qu'il existe des centres hypoglycémiants dans la même région.

Les recherches expérimentales montrent donc que l'hypothalamus joue un rôle parallèle à celui de la glande antéhypophysaire.

L'hypothalamus agit-il directement sur les glandes métabolisantes des glucides ou par l'intermédiaire de l'hypophyse ? L'expérimentation est muette sur ce point. Le problème ne peut être résolu que par la production de lésions de l'hypothalamus chez des animaux correctement hypophysectomisés. La clinique apporte le cas publié par l'un des auteurs, en collaboration avec Rathery et Bargeton, où chez un malade acroégalique, ayant subi un curettage de la selle turcique au cours duquel il semble avoir eu une attrition de la région temporale, survint un diabète qui céda à l'insuline, et qui reparut à la suite d'une chute sur le crâne. Si toute formation antéhypophysaire a été enlevée par l'intervention, ce fait prouverait que seule la lésion nerveuse a déterminé le diabète.

Il est probable que, malgré leur solidarité fonctionnelle indéniable, l'antéhypophyse et l'hypothalamus jouissent d'une certaine autonomie.

Conclusions. — 1° L'antéhypophyse joue un rôle

important dans les troubles du métabolisme glucidique ; il existe un diabète hypophysaire ; le rôle de l'hypophyse dans le diabète simple peut être soupçonné ; 2° l'hypothalamus joue un rôle considérable dans la régulation de la glycosurie et ses lésions provoquent un diabète neurogène ; 3° pour que le métabolisme glucidique soit bien équilibré, la synergie anté-hypophyso-hypothalamique est indispensable.

DEUXIÈME RAPPORT.

La rœntgenthérapie des glycosuries hypophyso-thalamiques. — MM. L. DELHERM et THOYER-ROZAT, rapporteurs, tout en reconnaissant l'interdépendance des centres nerveux hypothalamo-infundibulaires avec le système glandulaire hypophysaire, limitent leur exposé à l'irradiation hypophysaire, les éléments purement nerveux se montrant moins sensibles aux rayons X.

L'indication de l'irradiation hypophysaire dans le diabète est double :

1° Diabète lié à une hypertrophie de la glande, que cette hypertrophie soit nettement caractérisée (*acromégalie* avec adénome hypophysaire évident) ou discrète (*maladie de Cushing* avec micro-adénome).

2° Diabète hypophysaire sans symptômes de tumeur, mais caractérisé par son insulino-résistance.

Pour la première catégorie, la technique classique de Béclère a fait ses preuves ; le trouble métabolique est d'ailleurs un symptôme de seconde importance. Il s'agit, dans ces cas, d'administrer des doses importantes cytolytiques et de répéter les doses en surveillant l'évolution de l'hypertension intracranienne et du fond de l'œil.

Pour le diabète insulino-résistant, la technique radiothérapique se propose un freinage de la sécrétion hypophysaire ; les doses sont modérées et peuvent être administrées par des portes frontales et facio-malaires pour éviter tout risque d'épilation.

Les doses administrées sont de l'ordre de 1 000 à 1 500 *r* par champ. Une seule série suffit d'habitude, l'insulino-résistance étant souvent un trouble transitoire.

L'irradiation fonctionnelle de l'hypophyse dans le diabète insulino-résistant s'est montrée efficace dans plusieurs cas suivis par les auteurs, ainsi que dans un certain nombre d'observations parues dans la littérature.

Les auteurs donnent plusieurs observations propres d'acromégalies, de maladie de Cushing et d'insulino-résistance sans tumeur dont la glycosurie s'est trouvée atténuée par la radiothérapie hypophysaire.

Le diabète banal, sans insulino-résistance, ne leur paraît pas une indication suffisante pour ce traitement.

Il est encore trop tôt pour en faire une étude statistique. Cette méthode mérite en tout cas d'être essayée d'une manière systématique.

Les rayons X ne sont pas — dans ce cas — un agent toujours inoffensif : des troubles importants de la glyco-régulation peuvent survenir *au début et surtout après la cessation des irradiations*. Il y a eu même un cas de coma diabétique, apparu cinq jours après la dernière application des rayons X ; le coma une fois combattu, le malade est redevenu insulino-résistant.

Une surveillance très attentive, clinique et biologique, s'impose donc pour ces malades, qui doivent être irradiés sans brutalité, la cessation du traitement se fera par des applications de plus en plus faibles, séparées par un intervalle croissant.

Pour éviter les incidents qui sont loin d'être la règle, une collaboration étroite et continue doit exister entre la clinique, le laboratoire et la radiologie.

Essai de radiothérapie de la région hypophysaire dans un cas de diabète sucré juvénile grave. — MM. JACQUES DECOURT et J. GUILLEMIN ont traité par la radiothérapie hypophysaire une jeune fille de seize ans atteinte d'un diabète sucré grave. Avant le traitement, la glycosurie ne pouvait être supprimée qu'avec une dose quotidienne de 60 unités d'insuline associée à un régime de restriction hydrocarbonée. Dès après la deuxième séance de rayons X, l'insuline dut être diminuée, et, après la neuvième séance, la suppression complète ne fit pas reparaître la glycosurie. L'effet obtenu fut malheureusement transitoire ; mais, dix-huit mois plus tard, et malgré l'évolution intercurrente d'une tuberculose pulmonaire, la sévérité du diabète paraissait encore légèrement atténuée : la malade se contentait de 20 unités d'insuline par jour et présentait un état général excellent.

Aussi imparfaite que soit la méthode, elle mérite peut-être une extension plus grande que celle qui lui a été donnée jusqu'à présent, à l'heure surtout où la pénurie d'insuline risque de compromettre gravement le traitement des grands diabètes avec dénutrition.

(A suivre.) JEAN LEREBOULLET.

Séance du 14 novembre 1941 (suite).

Phosphatidémie et restrictions alimentaires. — MM. F. COSTE, A. GRIGAUT et M. HARDEL rapportent des dosages faits depuis un an qui montrent une baisse habituelle du taux du phosphore lipidique, donc des phosphatides dans le plasma. En revanche, le taux des phosphatides globulaires semble rester au chiffre normal, voire même le dépasser. Les auteurs discutent la signification de ce fait, qui s'explique par la distinction des phosphatides en constitutifs et fonctionnels ; ils attribuent la baisse de ces derniers aux restrictions alimentaires actuelles. Ils envisagent l'importance pratique éventuelle de cette carence d'apport.

Purpura méningococcique. Guérison par le traitement sulfamidé. — MM. H. MONDON, J.-J.-L. ANDRÉ, J.-J. BLEIN présentent l'observation d'un matelot présentant un syndrome de purpura méningococcique

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

pur avec insuffisance surrénale. Le traitement sulfamidé est immédiatement institué. Une hémoculture est pratiquée. Cette dernière se révèle positive au méningocoque après repiquage. Huit jours après, apparition d'une arthrite du coude.

Les ponctions lombaires ne révèlent aucun signe d'atteinte méningée.

La guérison est obtenue après administration de 10 grammes de dagénan *per os* et 27 grammes de soludagénan, sans adjonction de sérum.

Séance du 21 novembre 1941.

Réticulose hyperplasique aiguë bénigne avec forte lymphocytose sanguine. — MM. Duvoir, Pouméau-Delille et Mlle Wolfromm rapportent une observation de réticulose hyperplasique bénigne, caractérisée par un syndrome infectieux avec arthralgies, laryngo-trachéo-bronchite et une éruption composée d'éléments très nombreux, lenticulaires, rouge vif, siégeant à l'extrémité des membres. Le nodule inflammatoire prélevé par biopsie est strictement hypodermique et formé de monocytes, de lymphocytes et de polynucléaires avec réaction réticulo-endothéliale nette. La formule sanguine est profondément modifiée, 30 000 leucocytes avec 60 lymphocytes p. 100. La réaction de Paul et Bunnel est négative. Les auteurs discutent le diagnostic et rangent cette affection dans le cadre des réticuloses hyperplasiques aiguës bénignes au voisinage de la mononucléose infectieuse.

Un cas de diagnostic clinique de péricardite calcifiante. — M. C. Lian rapporte une observation où il a récemment porté le diagnostic clinique de péricardite calcifiante, vérifié ensuite par la radiographie et par l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic fut orienté par la constatation d'un bruit vibrant, postérieur au 2e bruit et séparé de lui par un intervalle silencieux, bruit ayant son maximum dans la région apexienne, mais perçu dans toute la région précordiale et aussi au creux sus-sternal.

Le diagnostic clinique fut étayé sur les particularités suivantes qui, dans un autre cas du même genre, pourraient servir de guides : *a.* caractères du bruit surajouté rappelant bien ceux de la vibration péricardique isodiastolique de Lian ; *b.* absence de tout autre signe stéthacoustique de cardiopathie mitrale, or il est exceptionnel qu'une pareille lésion se traduise exclusivement par un claquement d'ouverture de la mitrale ; *c.* asystolie (gros foie cardiaque et œdème des membres inférieurs) coexistant avec un cœur non arythmique, ce qui n'est pas habituel non plus dans les cardiopathies mitrales ; *d.* absence de rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents ; *e.* pression veineuse fortement élevée (23 centimètres d'eau).

Cet ensemble symptomatique fit écarter le diagnostic de rétrécissement mitral porté avant l'examen à l'hôpital.

Les résultats lointains de l'intervention chirurgicale seront rapportés ultérieurement.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, à lésions cutanées à type de lupus pernio du nez, lésions osseuses d'un doigt de pied, et lésions pulmonaires à type de bacillose fibro-caséo-ulcéreuse des deux sommets. — M. L.-M. Pautrier présente l'observation d'une jeune fille de vingt ans venue consulter pour des lésions de la racine du nez, se présentant sous forme d'un placard rouge violacé, nettement arrêté, profondément infiltré et détachant une bandelette encerclant la paupière inférieure gauche, à type de lupus pernio. L'examen complet révèle un placard violacé, infiltré, à la face postérieure du bras droit, des ganglions sous-maxillaires et axillaires. Rate et foie normaux. Un doigt de pied est doublé de volume, rouge violacé, et la radiographie montre à ce niveau des formations kystiques dans l'os. Rien n'attire cliniquement l'attention sur un état pulmonaire, et pourtant la radio systématique des poumons montre des lésions permettant de porter le diagnostic suivant : bacillose fibro-caséo-ulcéreuse du sommet droit ; bacillose productive granulique des deux régions sous-claviculaires. Forte adénopathie et péri-adénite hilaire et péri-hilaire. Or la malade ne tousse pas, ne crache pas, ne maigrit pas, n'a aucune température et présente une cuti- et une intradermo-réaction à la tuberculine négatives. L'examen histologique des lésions du nez confirme le diagnostic de lupus pernio.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme prédominante de parotidite bilatérale s'accompagnant d'une tuméfaction médiastinale, de lésions hilaires, de lésions d'infiltration des deux poumons et de petites adénopathies périphériques. — MM. L.-M. Pautrier et Heimendinger présentent l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans, venu consulter pour une parotidite double qui a évolué de façon torpide durant cinq mois, s'accompagnant de sécheresse de la bouche, de gêne de la mastication, sans température. Amaigrissement de 5 kilogrammes, essoufflement et transpiration faciles, fatigue générale.

L'examen général ne montre rien à la peau, mais révèle de petits ganglions sous-maxillaires, sus-claviculaires, axillaires, épitrochléens, inguinaux. Foie légèrement agrandi. Rate percutable. La radiographie des poumons montre une tuméfaction médiastinale supérieure, surtout à droite, un épaississement très prononcé des deux hiles, une infiltration très dense de presque tout le poumon droit et du lobe supérieur gauche. Rien aux yeux, aucune paralysie.

La cuti- et l'intradermo-réaction à la tuberculine sont négatives. L'intégrité de l'appareil oculaire et l'absence de paralysie faciale font éliminer le diagnostic de syndrome de Heerfordt, et porter celui de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme prédominante parotidienne. L'ablation et l'examen histologique du ganglion confirment ce diagnostic.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme d'infiltrations sarcoïdiques déformantes des doigts, lésions osseuses discrètes, lésions unguéales, volumineuses

adénopathies hilaires et adénopathies sus-claviculaires. — MM. PAUTRIER, DURAND et DUTHEIL présentent l'observation d'une malade de quarante-huit ans qui présente des déformations considérables des doigts par infiltration sarcoïdique, de couleur rouge violacé, à aspect de spina-ventosa. Les lésions osseuses sous-jacentes sont extrêmement discrètes : trois petits kystes, mais les lésions des doigts de pied sont beaucoup plus prononcées, avec formations kystiques et destructions osseuses. L'examen général montre des ganglions uniquement claviculaires. La radio des poumons décèle une grosse masse parahilaire. Les réactions tuberculiniques sont toutes négatives. Deux biopsies portant sur un ganglion et sur les téguments infiltrés des doigts montrent l'histologie typique de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme prédominante de splénomégalie, s'accompagnant de lésions cutanées, pulmonaires et ganglionnaires. Splénectomie. Rate de 1 700 grammes. Histologie confirmative. — MM. L.-M. PAUTRIER et MALGRAS présentent l'observation d'une femme de quarante ans, envoyée pour splénectomie en raison d'une énorme rate qui atteint 22 centimètres de hauteur et menace d'entraîner des troubles mécaniques ; mais l'examen général montre, sur le visage, l'oreille, le bras, des lésions cutanées à type de sarcoïde, auxquelles on n'avait jusque-là attaché aucune importance, des ganglions jugulo-carotidiens, un amaigrissement de plusieurs kilos, un bon état général. La radio systématique des poumons, sur lesquels rien n'attire l'attention, montre un aspect micro-nodulaire des deux champs pulmonaires, avec adénopathies hilaires accusées. Les réactions à la tuberculine sont négatives.

L'examen histologique d'un des ganglions, prélevé, et d'une biopsie des lésions cutanées permet de poser le diagnostic de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Splénectomie : ablation d'une rate mesurant 26 centimètres de hauteur et pesant 1.700 grammes. L'examen histologique montre des lésions typiques de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann associées à une sclérose prononcée. Suites opératoires parfaites. Les lésions cutanées semblent s'affaisser depuis l'opération.

Réflexions à propos de quatre nouveaux cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — M. L.-M. PAUTRIER, à propos des quatre nouveaux cas qu'il vient de présenter, fait remarquer que la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann semble bien être une « maladie d'avenir », et que les cas s'en multiplient depuis qu'on la connaît mieux, alors qu'au début on la considérait comme une maladie nordique. A présent, il en a déjà publié 16 cas. Il souligne la variété des formes cliniques et la variabilité des modes évolutifs, qui montrent l'ubiquité de la réticulo-endothéliose et son évolution capricieuse.

Son premier cas, où un lupus pernio du nez s'accompagne de lésions radiologiques des poumons à type de tuberculose fibro-caséo-ulcéreuse, étend encore le cas des quatre types pulmonaires cliniquement connus jusqu'ici.

A propos de son second cas, il souligne que l'on ne doit plus porter un diagnostic de maladie de Mickulicz sans penser à la possibilité d'une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

Son troisième cas montre une disposition frappante entre l'importance des lésions cutanées amenant des déformations sarcoïdiques des doigts et la pauvreté des lésions osseuses.

Mais le cas le plus impressionnant est celui qui se traduit par une énorme splénomégalie. M. Pautrier avait déjà soulevé le problème du diagnostic de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à propos des splénomégalies primitives, maladie de Banti. Son cas actuel permet ici encore de demander de ne plus porter ce dernier diagnostic sans avoir recherché la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. C'est le premier cas où le diagnostic ait pu être porté sur le vivant, commander l'intervention opératoire, et être confirmé par un examen histologique probant.

M. TROISIER montre que dans le premier cas les lésions radiologiques rappellent de très près la tuberculose pulmonaire. Dans un cas, des lésions pulmonaires encore plus étendues se sont rapidement nettoyées.

M. SERGENT demande si le nettoyage radiologique est fréquent.

M. PAUTRIER souligne la fréquence de la rapidité de constitution et de nettoyage des lésions.

M. SERGENT conclut que jamais un diagnostic étiologique ne doit être fait sur une image radiologique.

M. RIST demande quelle est l'allure de la température en pareil cas ; dans un cas, au cours d'une poussée fébrile, il a observé l'effacement des lésions cutanées.

M. PAUTRIER n'a pas observé de fièvre.

Actinomycose temporo-maxillaire à début méningé. — MM. ALAJOUANINE, THUREL et VILLEY présentent un malade chez lequel le diagnostic d'actinomycose ne fut porté qu'au sixième mois de l'affection, lorsque est apparue la tuméfaction temporo-maxillaire classique. Auparavant, la symptomatologie se réduisait à des troubles nerveux avec réaction méningée (liquide louche avec grosse leucocytose à prédominance polynucléaire). La découverte de quelques bâtonnets acido-résistants dans le liquide fit même pratiquer une inoculation au cobaye qui resta négative.

Le traitement ioduré ayant été impuissant à empêcher l'extension de la tuméfaction temporo-maxillaire, une intervention fut pratiquée qui permit la vérification histologique et bactériologique (culture en anaérobiose). Mais ce n'est qu'après deux mois de thérapeutique iodée intraveineuse que la réaction méningée s'est atténuée à son tour progressivement, si bien que, contrairement au pronostic habituel des actinomycoses nerveuses, il est permis d'escompter ici la guérison.

M. HALLÉ souligne l'intérêt diagnostique de la culture en anaérobiose.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. TROISIER montre que, même pour des lésions pulmonaires, la culture en anaérobie permet de faire le diagnostic d'actinomycose.

M. JAUSION souligne la rareté de l'association mycotuberculeuse.

Sur le rôle pathogène du « Bacillus ramosus ». — MM. A. LEMIERRE, A. JACQUOT et Mlle RIST rapportent l'observation d'un homme de soixante-huit ans qui, en 1935, présenta pendant un mois une fièvre à type intermittent quotidien, avec une remarquable conservation générale, et qui guérit assez brusquement sans traitement spécial. A ce moment, la constatation d'un gros foie mou qui disparut en même temps que la fièvre et d'une urobilinurie fit penser à la possibilité d'un calcul du cholédoque avec infection des voies biliaires.

Après trois ans de bonne santé, la fièvre reprit suivant un mode ondulant, entrecoupée de grands accès avec frissons. De nouveau, on trouva un gros foie mou variant suivant les moments et de l'urobilinurie. Puis survinrent un subictère et une anémie progressive. Une intervention chirurgicale, pratiquée seulement au bout de six semaines, montra une vésicule biliaire et un cholédoque très dilatés, entourés d'adhérences inflammatoires molles et contenant une bile d'aspect normal dont l'ensemencement donna à l'état de pureté un *Bacillus ramosus.* Une hémoculture faite peu de temps auparavant, au cours d'un accès fébrile, avait donné un *Bacillus ramosus.* Le patient succomba quelques jours après l'intervention.

Un deuxième cas concerne un homme de quarante-huit ans qui présenta pendant plusieurs années des accès fébriles intermittents, tous les huit à quinze jours, sans altération de l'état général. On constata chez lui seulement un gros foie mou, de volume variable. L'hypothèse fut soulevée d'une infection des voies biliaires à *Bacillus ramosus.* Ce germe fut trouvé dans une hémoculture pratiquée au cours d'un accès fébrile. Le malade guérit après un traitement par le dagénan.

Le *Bacillus ramosus*, contrairement à la plupart des anaérobies, possède un pouvoir pathogène très limité. On le trouve assez souvent dans le sang, à titre de microbe de sortie, au cours des états pathologiques les plus divers. Il semble néanmoins que ce germe, saprophyte des cavités naturelles, soit capable de déterminer des foyers inflammatoires locaux, point de départ de décharges bactériémiques ou même toxiques, qui, en raison de la persistance du foyer initial et de leur répétition prolongée, finissent par triompher de la résistance de l'organisme.

M. HALLÉ ne croit pas le *Bacillus ramosus* aussi peu virulent. Il l'a trouvé dans des affections graves : appendicite gangreneuse, gangrène cutanée ; au laboratoire, sa virulence est variable.

M. LEMIERRE fait remarquer qu'en pareil cas le *ramosus* est associé, et c'est ce qui fait sa gravité ; il est beaucoup moins dangereux lorsqu'il est pur.

JEAN LEREBOULLET.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1941.

A propos du procès-verbal. — M. WOLFROMM pense qu'on a peut-être exagéré l'importance du chlorure de sodium dans le traitement de l'occlusion intestinale. Il semblerait d'ailleurs que, plutôt que l'élément chlore, ce serait l'élément sodium qui agirait. Et, à l'appui de cette thèse, l'auteur rapporte d'excellents résultats obtenus par le bicarbonate de sodium.

Ablation d'un diverticule duodénal pour troubles gastriques sévères, rebelles au traitement médical. Guérison après intervention datant de cinq ans. — M. CHAUVENET (de Thouars). — M. SYLVAIN BLONDIN, rapporteur, pense que, si le diverticule semble d'ablation difficile, il ne faut pas hésiter à pratiquer une duodénotomie qui évite le danger de l'exploration au contact du pancréas et des voies biliaires. M. MOULONGUET a observé des diverticules intéressant seulement la muqueuse et qui semblent consécutifs à une dilatation duodénale : une duodéno-jéjunostomie de drainage a été pratiquée avec succès dans un tel cas.

M. SÉNÈQUE rapporte un cas récemment observé de diverticule duodénal visible radiologiquement, accompagné d'un syndrome clinique ulcéreux. Il existait en fait un ulcère associé, et l'auteur a pensé devoir se contenter d'une gastrectomie sans traiter le diverticule.

Opération de Coffey dans l'exstrophie vésicale. — M. FÈVRE, rappelant l'unique succès incontestable, publié par M. ÉDOUARD MICHON, d'intervention plastique, expose les faits qui lui font penser que les méthodes d'anastomose urétéro-intestinale sont préférables aux plasties vésicales. L'opération de Coffey no 3 lui a donné deux guérisons, une mort, un insuccès. L'opération de Coffey no 1 semble supérieure (quatre guérisons).

M. WELTI rapporte deux excellents résultats de l'opération de Coffey après dix-huit et vingt ans.

Note sur le tubage à demeure dans les suites opératoires des interventions gastriques. — M. SOUPAULT pense que la sonde nasale à demeure remplace avantageusement les tubages gastriques répétés dans les suites d'une gastrectomie. En faisant boire le malade à intervalles rapprochés et en examinant le liquide de tubage, on peut avoir une notion précise des incidents, tels qu'une hémorragie, ainsi que du fonctionnement de la bouche.

M. BROCQ estime que l'aspiration continue revêt de nombreuses indications, en particulier soulagement des sutures, cure des fistules duodénales, voire même pour faire cesser un *circulus viciosus.*

Hypoprotidémie et cancer gastrique. — MM. JEAN GOSSET et C. ROUVILLOIS insistent sur la gravité, encore actuelle, des gastrectomies pour cancer : la principale cause de mort semble être la désunion des sutures suivie de péritonite.

N'y a-t-il pas dans le cancer gastrique des faits favorisant cette désunion ? L'histologie montre qu'il existe un œdème de la musculeuse avec dissociation

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

des fibres musculaires ; d'autre part, au point de vue humoral, on trouve une hypoprotidémie de façon presque constante, ce qui n'existe pas chez les ulcéreux. De plus, il semble que toute intervention chirurgicale est suivie d'une chute importante de la protidémie.

Or, expérimentalement, l'hypoprotidémie entraîne des œdèmes et favorise considérablement la désunion tissulaire.

Il semble donc logique de rapprocher les faits expérimentaux des faits cliniques, et de penser que l'hypoprotidémie joue un rôle dans la gravité des gastrectomies pour cancer.

Que faut-il en conclure du point de vue thérapeutique ? Chez ces sujets, le sérum salé augmente les œdèmes. Mieux vaudrait peut-être, pour les réhydrater, utiliser le sérum glucosé.

Il pourra être intéressant de surveiller, après l'intervention, le taux des protides : le chiffre de 55 p. 1 000 semble être le taux critique.

On pourra sans doute éviter des chutes trop importantes par ingestion de glucose (sérum glucosé) associé aux peptones (bouillon peptoné).

M. Soupault, après plusieurs dosages, a trouvé également une baisse notable du taux des protéines sanguines après les grandes interventions.

M. Bréchot pense que l'importance de l'œdème des parois dans le cancer de l'estomac est liée surtout à l'importance de l'adénopathie.

Séance du 29 octobre 1941.

A propos de l'anesthésie sinu-carotidienne dans les états de choc. — M. Lucien Léger. Rapport de M. Sicard. — M. Léger a observé expérimentalement l'action de l'anesthésie sinusale dans les états de choc. Il pense que le mécanisme de cette action est une interaction sinuso-surrénalienne. L'expérience a montré qu'après énervation sinu-carotidienne apparaît en général un hyperfonctionnement avec hyperplasie de la surrénale. D'autre part, sur quatre chiens qui avaient été l'objet d'une anesthésie sinu-carotidienne, trois ont présenté une augmentation importante du taux d'élimination des hormones cortico-surrénaliennes, de 50 à 95 p. 100. M. Léger pense donc que l'anesthésie sinu-carotidienne mériterait d'être tentée dans les états de choc graves.

De l'action des plaques en métal appliquées sur des plaies traînantes. — M. Brette (rapporteur, M. Ménégaux) a eu l'occasion fortuite d'observer l'action bienfaisante de l'application d'une plaque d'aluminium sur une plaie volontairement entretenue. Il a répété ce traitement sur plusieurs plaies d'évolution traînante et ces expériences ont confirmé l'observation princeps. Par contre, l'action du cuivre s'est révélée nocive.

M. Jean Gosset fait remarquer que les plaques d'argent pur ont été employées dans un même but en Amérique.

Pyopneumothorax médiastinal antérieur. Guérison après oblitération de deux fistules pneumo-bronchiques. — MM. Chalnot, Pierquin et Grumilhier présentent cette intéressante observation. M. Robert Monod, rapporteur, pense qu'il s'agissait en fait d'un kyste congénital suppuré de siège médiastinal, en particulier à cause de l'aspect cyclique donné par la radiographie, l'absence de cicatrisation après drainage, enfin la communication de la cavité avec les voies bronchiques. M. Monod présente, à cette occasion, les clichés radiologiques d'un cas personnel analogue.

M. Moulonguet a eu l'occasion d'opérer un kyste congénital à évolution postérieure. Il a pu obtenir la cicatrisation par de larges résections costales. Le malade est mort trois ou quatre ans plus tard, avec des phénomènes inexpliqués de dyspnée progressive. M. Robert Monod pense que cette dyspnée peut être rattachée parfois à des lésions de péricardite de voisinage.

Ulcère perforé de l'estomac. Intervention à la 24e heure. Drainage du Douglas. Occlusion intestinale précoce. Entérostomie. Guérison. — M. Magnant. — A l'occasion de cette observation, M. Soupault, rapporteur, insiste sur l'intérêt que peut présenter, dans certains cas, le drain sus-pubien, mais indique en même temps les précautions que l'on doit prendre pour placer le drain, et en particulier la nécessité de le guider, de la main gauche, jusqu'au fond du cul-de-sac péritonéal.

M. Mondor pense qu'un drain placé dans le Douglas est souvent nocif parce que facteur d'occlusion.

M. Basset estime qu'une ligne de conduite systématique est difficile à tracer ; personnellement, il n'a jamais observé d'occlusion pouvant être imputée au drain.

M. Quénu draine le Douglas dans toutes les interventions pour péritonite, et en particulier péritonites puerpérales, ainsi que dans nombre d'autres interventions : hystérectomies difficiles et même ruptures de grossesses tubaires avec inondation péritonéale. M. Quénu pense que le drainage est toujours une précaution utile, mais il faut supprimer le drain très tôt, au bout de quarante-huit heures.

M. Ameline se demande si le drain évite toujours l'abcès résiduel du Douglas.

Considérations statistiques sur les différents types de fractures des membres observés au cours de la guerre 1939. — MM. Sauvé et Valentin Charry.

Séance du 5 novembre 1941.

A propos du procès-verbal. — M. Moulonguet, à propos des kystes médiastinaux pulmonaires,

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

présente les clichés radiologiques d'un cas personnel.

M. ROUHIER a observé, au cours de la dernière guerre, plus de fractures de jambe basses que de fractures malléolaires. Il explique ce fait par le port de brodequins à tige solide renforcée par les premiers tours serrés de la bande molletière.

Empyème pleural post-pneumonique et péricardite purulente. Péricardotomie, puis pleurotomie. Guérison. — M. DU BOURGUET. — Rapportant ce travail, M. JEAN PATEL discute la voie d'abord latéro-sternale employée par l'auteur pour la péricardotomie. Il eût préféré la voie épigastrique.

L'incision de la lame sus-optique. Résultats et indications à propos de douze observations. — MM. WERTHEIMER, J. DECHAUME et L. MANSUY (Rapporteur : M. PETIT-DUTAILLIS). — Cette technique s'adresse aux hydrocéphalies bloquées infantiles ou d'origine tumorale. M. Petit-Dutaillis discute ses indications précises et ses résultats qui sont inconstants. Malgré cette inconstance, ce mode de décompression ventriculaire mérite d'être retenu.

Appendicite à forme occlusive par volvulus du grêle. Diagnostic radiologique erroné d'iléus biliaire. — M. J.-L. LORTAT-JACOB (Rapporteur M. PETIT-DUTAILLIS). — Le diagnostic primitivement soupçonné fut celui d'appendicite avec syndrome occlusif. Mais une radiographie sans préparation montra des anses grêles dilatées avec niveaux liquides et une ombre arrondie qui fut interprétée comme étant un calcul biliaire. A l'intervention : appendicite gangreneuse. Volvulus du grêle qui n'est point sphacélé. On fait une appendicectomie suivie d'abouchement à la peau. Cure secondaire de la fistule. Guérison. M. Moulonguet pense que l'ombre visible sur le cliché ne s'identifie pas à une image de calcul biliaire. M. MONDOR est de cet avis.

Volvulus du grêle par appendice. — MM. MIALARET et DUBOST (Rapporteur : M. PETIT-DUTAILLIS). — Dans cette observation, il existait un tableau net d'occlusion du grêle confirmé par la radiographie. A l'intervention : volvulus de la portion terminale de l'iléon, l'appendice non malade formant bride. Résection intestinale. Anurie. Mort.

Commentant ces deux observations, M. Petit-Dutaillis remarque que la radiologie confirmait le diagnostic clinique d'occlusion du grêle, mais ne permettait aucunement de faire le diagnostic de volvulus.

Griffes de la main consécutives à la compression par appareil plâtré. — M. LEVEUF apporte quatre observations de griffes de la main consécutives à une simple compression par plâtre serré.

A cette occasion, il rappelle que ces griffes par compression sont d'apparition immédiate, s'accompagnant de paralysie du cubital et parfois de paralysie partielle du médian. La griffe, d'emblée irréductible, est très douloureuse ; elle résulte d'une contracture des fléchisseurs, sans paralysie. Elle ne s'accompagne ni de troubles du pouls, ni de modifications importantes des oscillations.

Les contusions de l'artère humérale donnent au contraire des paralysies des trois nerfs, indolentes, sans rétraction au début. La griffe n'apparaît qu'au trentième jour environ ; elle est due à une rétraction secondaire produite par l'envahissement du muscle par le tissu conjonctif.

Les biopsies qui ont pu être faites confirment ces données.

La griffe par compression évolue vers la guérison après plusieurs mois, parfois plusieurs années ; il faut éviter les redressements brutaux précoces.

L'auteur met également en garde contre les résections segmentaires des deux os de l'avant-bras lorsque l'on n'est pas certain que les fléchisseurs ont recouvré une fonction suffisante.

M. DESMAREST a observé un cas de guérison de griffe par compression plâtrée après douze ans.

M. BRÉCHOT a obtenu un bon succès par une résection segmentaire des deux os de l'avant-bras.

Élection de deux membres associés parisiens. — M. ALAIN MOUCHET, élu ; M. HEPP, élu.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 octobre 1941.

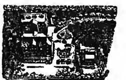
Antagonisme hormonal entre prégnéninolone et folliculine. — MM. R. COURRIER et G. POUMEAU-DELILLE rappellent que la prégnéninolone influe sur la muqueuse utérine (Inhoffen et Hohlweg) et permet la nidation des œufs et le maintien de la grossesse chez la lapine gestante castrée, ressemblant en cela à la progestérone (Courrier et Jost). Les auteurs montrent qu'il existe entre la folliculine et la prégnéninolone un antagonisme hormonal semblable à celui que Courrier mit en évidence autrefois entre la folliculine et la progestérone.

Causes d'erreur dans la mesure du diamètre des ultravirus par l'ultrafiltration. — M. C. LEVADITI insiste, dans l'estimation du diamètre moyen des éléments actifs des ultravirus (corpuscules ou macromolécules nucléo-protéiniques), sur les causes d'erreur dues aux variations quantitatives et qualitatives de ces éléments actifs.

Le virus récurrentiel (« Spirochæta duttoni ») est-il ultrafiltrable ? — M. C. LEVADITI signale que l'ultrafiltration rend vraisemblable la présence d'un virus récurrentiel ultrafiltrable dans le sang des souris examinées à la période aiguë de la maladie ; mais les facteurs virulence et colmatage empêchent d'affirmer son existence dans le cerveau des animaux sacrifiés à la phase chronique. *(A suivre.)*

CARNAC

SANTEZ ANNA



Carnac-Plage (Morbihan). Cures hélio-marines estivales et hivernales. Prix modérés. Confort. Service spécial pour enfants non accompagnés. Héliothérapie. — Hydrothérapie marine chaude.

PARIS ET ENVIRONS

ÉTABLISSEMENT DU DOCTEUR BUVAT

Villa Montsouris (130, rue de la Glacière, Paris) : l'Abbaye, à Viry-Châtillon (S.-et-O.). Drs J.-B. BUVAT et G. VILLEY-DESMESERETS. Établissement hydrothérapique et maison de santé de convalescence. Prix modérés.

CLINIQUE MÉDICALE DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, Garches. Tél. : Molitor 55-55. Méd.-directeur : Dr GARAND, ancien chef de clinique de la Faculté. Maladies du système nerveux, de la nutrition, du tube digestif, désintoxication, cures d'air et de repos. Ni contagieux, ni aliénés.

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES (Seine).

Maison de santé moderne pour dames et jeunes filles. Dr MAILLARD, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Prix : 70 à 120 francs. Tél. : 5.

CHATEAU DE SURESNES (Seine).

Tél. : Longchamp 12-88. Drs FILLASSIER et DURAND-SALADIN. Maison de santé, de repos et de régime. Reçoit convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués, psychopathes.

VILLA PENTHIÈVRE, à Sceaux.

Directeur-médecin : Dr BONHOMME. Médecin assistant : Dr CODET. Psychoses, névroses, intoxications. Prix modérés.

SANATORIUM LES TERRASSES

A Cambo (Basses-Pyrénées), très bien situé à l'extrémité des allées de Cambo, jouissant d'une belle vue sur les Pyrénées et la vallée de la Nive. Eau chaude et froide dans les chambres. Médecin-directeur : Dr COLBERT. Prix : 45 à 65 francs par jour.

SANATORIUM LANDOUZY

A Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées). Sanatorium privé agréé ; toutes tuberculoses. Ouvert aux hommes à partir de 14 ans. 40 à 43 francs par jour, tout compris, sauf taxe de séjour. Médecin-directeur : Dr ANCIBURE.

PAU

SANATORIUM DE TRESPOEY

A Pau. Sanatorium privé agréé mixte, 40 lits. Médecin-chef : Dr W. JULLIEN. Cure climatique, pneumothorax artificiel. Chrysothérapie. Chirurgie pulmonaire. Grand confort à partir de 75 francs par jour au nord et de 85 francs au midi.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Robert de Genues (de Paris). — Le Dr Ernest Meyer (de Mulhouse). — Le Dr Paul Ferrier (de Port-Lyautey, Maroc). — Le Dr A. Girault (de Paris).

MARIAGE. — Le Dr Joseph Juvaux avec Mlle le Dr Marie-Louise Martin.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme F. Divisia font part de la naissance de leur fille Danielle-Françoise. — Le Dr et Mme J. Clénet font part de la naissance de leur fille Élisabeth. — Le Dr et Mme J. Cau font part de la naissance de leur fille Solange. — Le Dr et Mme Houssay font part de la naissance de leur fils Jean-Claude. — Le Dr et Mme J. Guillerey font part de la naissance de leur fils Bernard. — M. C. Monod, interne des hôpitaux, et Madame font part de la naissance de leur fils Jean.

FACULTÉS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — **Situation des professeurs de faculté vis-à-vis des administrations hospitalières.** — Les professeurs de clinique médicale, chirurgicale et de spécialités des villes de facultés doivent obligatoirement posséder le titre de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux d'une ville de faculté.

Ils ont droit aux mêmes prérogatives et sont soumis envers les administrations hospitalières aux mêmes devoirs et aux mêmes règles de discipline que les autres chefs de service des hôpitaux desdites villes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Nominations.** — Sont nommés : le Dr Gastinel, professeur de la chaire de bactériologie (dernier titulaire, M. Dobre, transféré) ; le Dr Duvoir, professeur de la chaire de médecine légale (dernier titulaire, M. Balthazard, retraité) ; le Dr Brocq, professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale Vaugirard (dernier titulaire, M. Duval, décédé) ; le Dr Cadenat, professeur de la chaire de clinique chirurgicale Saint-Antoine (dernier titulaire, M. Grégoire, retraité) ; le Dr Cathala, professeur de la chaire d'hygiène et clinique de la première enfance (dernier titulaire, M. Lereboullet, retraité) ; le Dr Leveuf, professeur de la chaire de clinique chirurgicale infantile (dernier titulaire, M. Ombrédanne, retraité) ; le Dr Portes, professeur de la chaire de clinique obstétricale Tarnier (dernier titulaire, M. Jeannin, retraité) ; le Dr Quenu, professeur de la chaire de pathologie chirurgicale (dernier titulaire, M. Mondore, transféré).

Consignations et exonérations de droits scolaires. — Il est rappelé à MM. les étudiants que les consignations pour les examens de fin d'année doivent être faites le 17 janvier 1942.

MM. les étudiants français qui seraient encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire.

Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'ils aura été statué sur leur demande d'exonération.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AIX-MARSEILLE. — M. Beltrami, professeur sans chaire, est déclaré démissionnaire d'office.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Manceaux, médecin des hôpitaux, est chargé de cours de clinique annexe en remplacement de M. Dumolard, retraité.

M. Laigret, ancien chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis, est chargé provisoirement du service de la chaire de bactériologie en remplacement de M. Pinoy, retraité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Lespagnol, professeur de chimie organique et pharmaceutique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé assesseur du doyen.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — M. le médecin-général Coudray a été nommé membre du Conseil de cette université.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — MM. Brusher et Faure sont déclarés démissionnaires d'office.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Fumeau est nommé professeur de pathologie interne.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Adam est chargé, pour l'année scolaire 1941-1942, de la chaire de clinique obstétricale (M. Buisson, retraité).

M. Marcel Hugueny est chargé de l'enseignement de la chaire d'anatomie pathologique (M. Téchoueyres, retraité).

M. Pol Bertrand est renouvelé dans ses fonctions de chef de travaux de chimie P. C. B. pour l'année scolaire 1941-1942.

Sont renouvelés, pour 1941-1942, les cours et travaux pratiques suivants :

MM. Perrin, parasitologie ; Telle, pharmacie ; Bouillot, professeur, chimie médicale et chargé de travaux de chimie médicale ; Watier, chargé de travaux de botanique ; Leulier, pharmacie supérieure, toxicologie ; Marq, pharmacie supérieure, licence et travaux pratiques de chimie, pharmacie et matière médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Massot est nommé professeur de clinique médicale (M. Le Damany, retraité).

M. Leroy est nommé professeur d'hygiène générale et appliquée (M. Le Guyou, démissionnaire).

M. Le Gal Lassalle est nommé professeur de clinique chirurgicale (M. Hardouin, retraité).

M. Baudet est nommé professeur de clinique chirurgicale et obstétricale.

Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Le Damany et Paul Hardouin, professeurs retraités.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. Née est nommé professeur de clinique médicale (M. Dévé, retraité).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Deux nouveaux services viennent de s'ouvrir à l'hôpital Broussais :

L'un, de chirurgie : M. Patel, chirurgien des hôpitaux, chargé du service ;

L'autre, de médecine : M. de Brun du Bois Noir, médecin des hôpitaux, chargé du service.

HOPITAL INTERCOMMUNAL DE CRÉTEIL. — **Ouverture d'un concours pour huit places d'interne en médecine à l'hôpital intercommunal de Créteil, 50, rue de Saint-Maur, à Créteil (Seine), et éventuellement pour la désignation d'internes provisoires.**

Un concours pour la nomination à huit places d'interne en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hôpital intercommunal de Créteil s'ouvrira le 5 janvier 1942.

Pourront prendre part au concours :

1° Les élèves externes des hôpitaux de Paris ;

2° Les étudiants en médecine possédant au moins douze inscriptions de doctorat.

Les candidats devront remplir les conditions prévues par les lois du 17 juillet 1940 (nationalité), du 13 août 1940 (associations secrètes) et du 3 octobre 1940 (religion).

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'hôpital intercommunal de Créteil, 50, rue de Saint-Maur, à Créteil (Seine), de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à

NOUVELLES (Suite)

17 heures, jusqu'au 25 décembre 1941 (l'enveloppe les contenant portera la suscription : Concours d'Internat).

Toute demande déposée ou parvenue après la clôture de la liste d'inscription ne sera pas admise. La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le jury du concours.

Les candidats seront convoqués par lettre. L'administration décline toute responsabilité pour toute convocation qui ne parviendrait pas.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX. — Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert à la préfecture de la Charente-Maritime en vue du recrutement d'un médecin des dispensaires antituberculeux du département.

Les candidats devront être titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine, satisfaire aux conditions requises pour être inscrits au tableau de l'Ordre national des médecins et pour exercer des fonctions publiques, et justifier d'une spécialisation suffisante en phtisiologie et en médecine sociale.

Les dossiers de candidatures devront être adressés à la préfecture de la Charente-Maritime (Inspection de la Santé) avant le 20 décembre 1941, terme de rigueur.

Les candidats devront se munir, pour se rendre à La Rochelle, d'un laissez-passer qui leur sera délivré par les autorités militaires occupantes, à demander pour la province à la Kreiskommandantur du domicile du candidat et pour Paris, à la Préfecture de Police, bureau des laissez-passer pour la zone côtière interdite, 11, rue des Ursins, 3e étage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Dans sa séance du 25 novembre, l'Académie de médecine a élu membre titulaire dans la première section (médecine) M. Courcoux, par 66 voix sur 70 votants. M. Ameuille a obtenu 2 voix, M. Lhermitte 1 voix, M. Trémolières 1 voix.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Chevalier* : M. le médecin-lieutenant Honoré Druelle.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Exercice de la médecine. — Le *Journal officiel* du 29 novembre publie le texte d'un décret fixant les conditions dans lesquelles les médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens pourront exercer en France. Nous publierons le texte de ce décret dans notre prochain numéro.

Un autre décret relevant certains médecins, chirurgiens-dentistes ou pharmaciens de l'interdiction d'exercer en France est publié dans le même numéro du *Journal officiel.*

Récolte, collecte et répartition des organes destinés à la préparation d'extraits opothérapiques, de produits thérapeutiques, hygiéniques ou chirurgicaux. — Le *Journal officiel* du 29 novembre publie un article relatif à cette récolte, collecte ou répartition.

Ordre des médecins. — L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est modifié comme suit :

« Un décret contresigné par le garde des sceaux, ministre secrétaire d'État à la Justice, et par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé fixera la date à laquelle le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et les conseils départementaux seront dissous et remplacés par des conseils élus.

» Les modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'administration publique ; ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux conseils élus.

» Jusqu'à la date fixée par le décret prévu au premier alinéa du présent article, les conseils nommés seront renouvelables par tiers annuellement. Les membres à renouveler seront désignés par voie de tirage au sort au cours du dernier trimestre de chaque année. Le tirage sera effectué par les soins du Conseil supérieur de l'Ordre pour les conseils départementaux, et par les soins du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé pour le Conseil supérieur. »

Est abrogée la loi du 2 août 1941.

Relève des médecins prisonniers. — Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine communique : Cette relève devra être faite par des médecins âgés de moins de quarante ans et sans enfants.

Les médecins du département de la Seine âgés de moins de quarante ans et *pères de famille* sont invités à se signaler, par lettre, au conseil départemental de la Seine.

La protection médicale du travail. — Le *Journal officiel* du 20 novembre 1941 publie le texte de la loi du 31 octobre 1941 relative à la protection médicale du travail. La loi prévoit la nomination de trois médecins inspecteurs généraux, auxquels seront adjoints, dans la limite des crédits ouverts à cet effet, des médecins inspecteurs et inspectrices du travail dont les attributions sont définies.

Il est, d'autre part, institué à la Direction du Travail un comité permanent qui élabore la doctrine de la médecine du travail.

Enfin, il est créé au sein du Comité consultatif d'hygiène de France une section d'hygiène industrielle et de médecine du travail, composée de six à neuf membres nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Muséum national d'Histoire naturelle. — M. Vallois, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, directeur du laboratoire d'anthropologie de l'école pratique des Hautes Études, est nommé professeur titulaire de la chaire d'ethnologie des hommes vivants et des hommes fossiles du Muséum national d'Histoire naturelle.

COURS ET CONFÉRENCES

Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Ouverture de l'enseignement : lundi 27 octobre 1941. La présence des élèves est obligatoire à tous les cours et séances pratiques.

Médecine légale. — COURS THÉORIQUE. — Ces cours sont professés les lundis, mercredis et vendredis, de 17 heures à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le jeudi, de 18 heures à 19 heures, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté de médecine, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. Henri Desoille, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis ;

2° Législation et jurisprudence médicale, accidents du travail, médecine sociale, tous les jeudis, de 18 heures à 19 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, sous la direction de M. Duvoir, agrégé, et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit de Paris ;

3° Médecine du travail et maladies professionnelles sous la direction de M. Duvoir, agrégé, à l'Institut médico-légal, place Mazas (cours commun avec l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail.

Chaire d'hygiène et médecine préventive (Professeur : M. TANON). — M. le professeur Tanon a commencé son

NOUVELLES *(Suite)*

cours le jeudi 13 novembre 1941, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

Sujet du cours : Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Joannon, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au Laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Professeur : M. MAURICE CHIRAY ; agrégé : M. L. JUSTIN-BESANÇON). — Le cours d'hydrologie thérapeutique et de climatologie a commencé le lundi 10 novembre 1941, à 18 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Il continue dans le même amphithéâtre, tous les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les leçons du lundi et du mercredi sont consacrées à l'hydrologie thérapeutique, et celles du vendredi à la climatologie.

Ce cours sera complété par une série de vingt leçons d'hydrologie et de climatologie pratiques, avec présentation de malades, à l'hôpital Bichat. Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de ce dernier enseignement.

Clinique de neuro-chirurgie de l'hôpital de la Pitié (Professeur : M. CLOVIS VINCENT. — M. le professeur Clovis Vincent a fait sa première démonstration de neuro-chirurgie, le mercredi 29 octobre 1941, dans son service, à 9 heures.

Il continue son enseignement à la clinique de neuro-chirurgie (hôpital de la Pitié), les mercredis et samedis suivants.

Clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-malades, 149, rue de Sèvres (Professeur : M. ROBERT DEBRÉ). — M. le professeur Robert Debré a commencé son enseignement le 3 novembre et le continuera avec le concours de MM. Marcel Lelong, agrégé, Maurice Lamy et Julien Marie, médecins des hôpitaux, M. Thieffry, assistant, M. R. Seringe, Mlle Bonuenfant et M. J. Gerbeaux, chefs de clinique, MM. Marcel Mignon, assistant de radiologie, L. COSTIL et R. GOIFFON, chefs de laboratoire, G. Semelaigne et G. Lauret, anciens internes des hôpitaux.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les jours à 9 h. 15, conférences pratiques par les chefs de clinique à l'amphithéâtre de la policlinique.

A 10 heures, présentation de malades dans les salles.

Le mercredi, à 10 heures, consultation à la policlinique (professeur Robert Debré).

Le jeudi, à 11 heures, leçon clinique (professeur Robert Debré).

Hôpital Cochin. — Des leçons sur les maladies du sang sont faites par M. P. Chevallier, médecin de l'hôpital Cochin, le dimanche matin.

Cours libre sur le Service social et l'Assistance médico-sociale. — M. le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE a commencé, le mercredi 5 novembre 1941, à 17 heures, à la Sorbonne (amphithéâtre Edgar-Quinet), et continue les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'organisation du service social et de l'assistance médico-sociale.

PROGRAMME DU COURS. — L'assistance sociale. Son origine, son but. — Développement et organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines. — Nécessité d'une préparation spécialisée pour ceux et celles qui veulent s'y consacrer. — Importance des enquêtes. Leur technique. — Les grands problèmes médicaux-sociaux. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre la syphilis, le cancer, l'alcoolisme. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses ; Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance dans les milieux industriels et dans les grandes agglomérations urbaines. — Habitations à bon marché et service social. — Les centres sociaux. — Service médico-social dans les communes rurales. — Rôle du service social dans l'orientation professionnelle. — Spécialisation dans le service social : Infirmières visiteuses pour la tuberculose, pour la lutte contre la syphilis, pour l'hygiène infantile ; Assistantes sociales des hôpitaux, Assistantes sociales pour les tribunaux d'enfants. — Surintendantes d'usines, Visiteuses des caisses de compensation, Visiteuses des assurances sociales, Directrices de foyers sociaux, Ingénieurs sociaux. — L'assistante sociale polyvalente (ou assistante familiale) dans le service de secteur urbain ou rural. Son rôle dans la nouvelle organisation de l'assistance sociale par districts. — Extension du service social, son rôle dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Son action pendant la guerre. — Organisation de l'enseignement et préparation au service social, aptitudes et qualités nécessaires aux travailleuses sociales. — Les écoles de service social. La préparation au diplôme de service social. — Résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

École française d'homéopathie. — Les cours ont commencé le 17 novembre 1941, à l'hôpital Léopold-Bellan, 7, rue du Texel, à Paris (XIVe).

Lundi, 10 h. 30. Dr Léon Renard : Matière médicale. Les remèdes satellites. — Dr Pierre Vincent : Les maladies aiguës, leur traitement homéopathique.

Mardi, 10 h. 30. Dr Chiron : Clinique homéopathique.

Mercredi, 10 h. 30. Dr Pouliot : Clinique gynécologique homéopathique et obstétrique. — Dr Noailles : Clinique homéopathique. — Dr Maroger : Le drainage en homéopathie.

Jeudi, 10 h. 30. Dr Kollitsch : Traitement des affections de l'appareil circulatoire. — Dr Lefèvre : Matière médicale. Remèdes intéressant l'appareil circulatoire.

Vendredi, 10 h. 30. Dr Léon Renard : Le répertoire homéopathique. Clinique homéopathique.

NOUVELLES DIVERSES

Institut national d'actions sanitaires des Assurances sociales. — Le *J. O.* du 20 novembre 1941 publie un décret créant un Institut national d'actions sanitaires des Assurances sociales.

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 26 *Novembre*. — M. MARTIN, Contribution à l'étude de l'apoplexie utéro-placentaire. — Mlle POIRIER, Contribution à l'étude des sténoses du pylore d'origine ulcéreuse et cancéreuse chez l'adulte.

2 *Décembre*. — M. LIBÉRAL : Les hôpitaux de Quimper.

3 *Décembre*. — M. ROUGIER : Traitement des syndactylies congénitales par la greffe libre de peau totale. — Mlle LAU, Les immunisines extraites du sérum d'anciens rougeoleux et leur utilisation pour la prévention de la rougeole. — M. POUJADE, Aperçu sur le traitement actuel des méningites otoméncs par les sulfamides. — M. TAVERNIER, Hépato-néphrites dues à l'intoxication par le tétrachlorure de carbone. — Mlle GOUDOT-RICHARD, La torsion des salpingites tuberculeuses.

THÈSE VÉTÉRINAIRE. — 26 *Novembre*. — M. EURY, La ladrerie des petits ruminants.

LES NOUVEAUX PROFESSEURS

LE PROFESSEUR DUVOIR

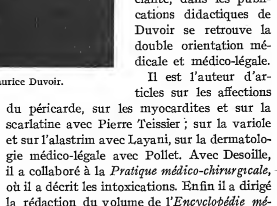
Le professeur agrégé M. Duvoir a été désigné par la Faculté pour la chaire de médecine légale.

Externe de Legueu, de Barth, Chauffard et Gilbert, Duvoir fut ensuite l'interne de Lepage qui l'initia à l'obstétrique; de Lesage qui lui enseigna la pédiatrie, et de Legry, auprès duquel il se perfectionna en anatomie pathologique.

Deux personnes eurent sur son orientation future une action prépondérante: Pierre Teissier et Thoinot. Il fut l'un des élèves préférés de Teissier, qui l'associa à ses recherches sur la variolo-vaccine, dont il fit le sujet de sa thèse. Ayant été le préparateur de son cours, il devait être son premier chef de clinique; mais il obliqua vers la médecine légale.



Le professeur Maurice Duvoir.



Thoinot l'engagea en effet à faire le diplôme de médecine légale et de psychiatrie. Après la guerre de 1914-1918, cette orientation fut précisée par le professeur Balthazard, dont il est l'élève le plus ancien, et qui devait le désigner comme son successeur.

Agrégé de médecine légale en 1920, médecin des hôpitaux en 1922, il se consacra l'après-midi à la médecine légale et le matin à la médecine hospitalière. Après sa période d'agrégation, Duvoir s'intéressa surtout à la toxicologie clinique et à la toxicologie industrielle. Il était donc désigné pour prendre la direction de l'enseignement de la pathologie du travail lorsque ce cours fut inauguré, en 1933. Il fit là un effort considérable qui fut couronné du plus éclatant succès: le cours de médecine du travail, auquel sont associés des spécialistes parisiens, des professeurs de facultés de province et, lorsque les circonstances le permettaient, des médecins étrangers, comptait en 1941 plus de cent auditeurs; il jouit d'une réputation bien méritée.

Membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles et de la Commission d'hygiène industrielle, médecin-conseil de l'Inspection du travail, Duvoir a collaboré aux mesures d'hygiène industrielle les plus récentes et vient de terminer un rapport important sur la silicose.

Ses publications sont nombreuses; beaucoup furent faites devant la Société médicale des hôpitaux: l'oxycarbonisme avec Truffert, l'étude de la péricardite calcifiante, des recherches sur les polyglobulies, sur l'angiome du poumon; avec René Fabre et Layani il résolut le problème de l'intoxication par le bromure de méthyle.

A Saint-Louis, avec Édouard Pichon, Duvoir a proposé une conception moderne de la maladie de Bouillaud et insisté sur les étapes évolutives de la « lésion d'Aschoff - Klinge » ; il a montré l'importance du dosage de la phosphatase sanguine pour le diagnostic des maladies osseuses (avec Layani et Pautrat).

Si l'on peut reprocher à certains de se localiser trop dans leur spécialité, dans les publications didactiques de Duvoir se retrouve la double orientation médicale et médico-légale.

Il est l'auteur d'articles sur les affections du péricarde, sur les myocardites et sur la scarlatine avec Pierre Teissier; sur la variole et sur l'alastrim avec Layani, sur la dermatologie médico-légale avec Pollet. Avec Desoille, il a collaboré à la *Pratique médico-chirurgicale*, où il a décrit les intoxications. Enfin il a dirigé la rédaction du volume de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* consacré aux intoxications et aux maladies dues aux agents physiques.

Le nouveau professeur est président, depuis 1938, de la Société de médecine légale de France, après en avoir été le secrétaire général; il appartient à la plupart des sociétés médicales françaises. Il est membre du Comité consultatif d'hygiène de France, dans les sections « Alcoolisme et toxicomanies » et « Hygiène industrielle et médecine du travail ». Il est

LES NOUVEAUX PROFESSEURS *(Suite)*

enfin, et ceci est la pratique médico-légale proprement dite, expert près le Tribunal civil de la Seine et arbitre près le Tribunal de commerce.

Pendant la guerre 1914-1918, Duvoir fut cité à l'ordre d'un corps d'armée et à l'ordre de l'armée; il fut fait chevalier de la Légion d'honneur au titre militaire et promu officier par le Ministère de la Guerre; il fut mobilisé en 1939-1940 comme médecin-lieutenant-colonel, puis médecin-colonel.

Sa désignation comme professeur à la Faculté de médecine de Paris ne peut qu'accueillir les suffrages de tous, et spécialement de ceux qui le connaissent particulièrement. A tous ses titres on peut ajouter, en outre, qu'il est un ami sûr et fidèle.

R. PIÉDELIÈVRE.

LE PROFESSEUR CADENAT

Oserais-je avouer que, jeune étudiant en médecine, je n'aimais guère m'attarder à la Faculté, assis sur les bancs peu confortables d'un amphithéâtre, à ouïr un cours professoral ? Était-ce incuriosité de ma part, ou le responsable de mon manque d'enthousiasme



Le professeur Cadenat.

était-il justement celui qui eût dû le provoquer ? Je ne sais.

Mais il est des hommes qui naissent avec la vocation de l'enseignement et qui savent attirer et retenir les élèves. Le professeur Cadenat est de ceux-là, et je le range, avec mes maîtres les professeurs Lenormant, Rouvière, Binet et mon regretté maître Lecène, parmi ceux dont la parole a toujours eu sur moi la plus grande attraction.

Le professeur agrégé Cadenat! Ce nom, lu sur une affiche apposée sur les murs de notre vieille Faculté, m'avait donné l'envie d'assister au cours de pathologie chirurgicale professé par ce jeune agrégé. C'était en 1924, si j'ai bonne mémoire. Je connaissais le nom de Cadenat pour l'avoir entendu prononcer à maintes reprises dans ma famille, mais lui, je ne l'avais jamais vu.

Le cours avait lieu dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, qui était déjà généreusement garni lorsque j'y pris place.

Première impression à l'entrée du professeur dans cette étroite « fosse aux ours » : de l'allure, beaucoup d'allure; de taille moyenne, mais svelte et athlétique, élégant dans une impeccable blouse blanche d'hôpital, le front haut et dégagé, le menton volontaire, le masque au modelé césarien, tel m'apparaît le professeur Cadenat.

Tout de suite, d'ailleurs, de l'auditoire à l'orateur s'établit une mystérieuse résonance : dans un silence quasi religieux, on regarde et on écoute. On regarde, car ce cours de pathologie chirurgicale va s'illustrer, au fur et à mesure que la parole tombe des lèvres du conférencier, d'une suite de magnifiques dessins qui s'inscrivent à la craie sur le grand tableau noir.

J'ai souvent vu, pendant mes années de concours de Faculté, d'habiles virtuoses de la craie. Mais je crois qu'il faudrait remonter à Farabeuf pour voir pareille précision et pareille habileté de dessin.

Je me souviens encore d'un schéma des organes du médiastin fait en quelques secondes sous mes yeux émerveillés, et du cours sur les prolapsus génitaux où se succédaient sur le tableau noir, avec un relief prodigieux, des femmes en position gynécologique, affligées de « descentes de matrice ».

Le discours valait le dessin, et je conserve de cette série de leçons un vivant souvenir.

Les travaux du professeur Cadenat témoignent du même esprit de précision et de finesse. Je ne puis les citer tous.

Mais tout le monde connaît les deux volumes qu'il a publiés sur *Les voies de pénétration des membres*. Placé sous l'invocation de L.-H. Farabeuf et Paul Richer, cet ouvrage se

LES NOUVEAUX PROFESSEURS *(Suite)*

base sur l'anatomie esthétique des membres pour exposer les voies naturelles (simples ou élargies) que l'opérateur peut utiliser dans la chirurgie des membres. A côté des voies classiques, souvent on trouve avantage à utiliser un passage moins connu pour aborder un nerf, un segment du squelette, une articulation, et surtout aux incisions parcimonieuses de nos pères on préfère une voie large, qui donne un grand jour, sans délabrement inutile. A la fin de l'ouvrage, un essai de synthèse groupe « les maîtres-points et les différentes lignes d'incision », montrant ainsi la liaison et l'harmonie des voies de pénétration.

Le même souci de technique se retrouve dans une série de publications consacrées à la *syndesmopexie coraco-claviculaire* (qui a pris le nom d'opération de Cadenat), à la *voie d'abord de la région postéro-externe de l'avant-bras*, à la *reposition sanglante du semi-lunaire par voie dorsale*, à la *stellectomie par voie externe*.

Mais il convient de souligner que le professeur Cadenat s'est intéressé tout particulièrement au problème de l'ostéotomie cunéiforme, et ceci depuis 1922. Il en a précisé les règles et a montré comment une résection dans un seul plan suffit à corriger une déformation en apparence complexe ; l'étendue de la résection à pratiquer est calculée sur la radiographie montrant l'angle de déviation maxima, et un appareil, le *goniomètre*, précis, réglable à volonté, est réglé d'après cet angle de déviation.

Rappelons encore quelques points de technique dont nous sommes redevables à ce chirurgien épris de simplicité et de précision, et ayant trait : à la cure de la hernie crurale, au traitement des grosses hernies inguinales, à l'hémostase dans l'hystérectomie totale. Et que de détails heureux, en apparence insignifiants, et pourtant si utiles à connaître : quel est celui d'entre nous qui, à la fin d'une gastectomie longue et pénible, ne s'est pas félicité d'avoir, au début de l'opération, procédé, comme Cadenat, à une reconstitution préventive de la paroi en passant d'avance les fils qu'il suffira de serrer et de nouer en fin d'intervention.

Je n'insiste pas, la liste est trop longue, et la place m'est mesurée. Je signale pourtant encore, parmi les travaux du professeur Cadenat, les rapports sur l'*hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë* au IIe Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, en 1921, et sur le *drainage en chirurgie abdominale* au XXXVIe Congrès de l'Association française de chirurgie.

De nombreuses communications à la tribune de la Société, puis de l'Académie de chirurgie sur l'*invagination intestinale aiguë de l'adulte*, les *ruptures de la rate*, la *péritonite encapsulante*, le *traitement des fistules du grêle*, etc., sont une preuve de la belle puissance de travail du professeur Cadenat et de son éclectisme scientifique.

Il n'est pas inutile, après avoir résumé dans ce tableau rapidement brossé les travaux du professeur Cadenat, de montrer l'homme à côté du savant.

Le professeur Cadenat a revêtu à trois reprises l'uniforme militaire : en 1912-1913, comme volontaire, il a été chirurgien de la Croix-Rouge française à Sofia pendant la guerre balkanique ; durant les quatre années de la Grande Guerre, il est resté aux armées comme chirurgien d'ambulance d'armée, puis d'auto-chirurgicale. Rayé des cadres, il a repris du service au moment du pacte de Munich et, pendant cette guerre, a été chirurgien consultant de la 8e armée. La Légion d'honneur, les croix de guerre (1914 et 1940) ornent sa boutonnière.

D'apparence un peu froide, le professeur Cadenat est, en réalité, un maître aimé de ses élèves et de tous ceux qui l'entourent ou le servent, et qui ont su apprécier sa profonde bonté. Je voudrais enfin, pour terminer ces quelques lignes, insister sur les éléments dominants du caractère du nouveau professeur de clinique chirurgicale : courage, scrupuleuse probité et magnifique franchise. Lorsque le professeur Cadenat a porté un jugement, il ne craint pas de l'exprimer à haute voix. Il ignore le faux-fuyant et la restriction mentale. S'il estime devoir porter un coup à un adversaire, il n'éludera pas ce qu'il considère comme son devoir. Le coup sera porté en face, à visage découvert, avec cet esprit de *fair play* qui est la marque du « sportif ». Le professeur Cadenat est, en effet, un fervent du sport, et nul n'ignore qu'il pilotait avec passion et maîtrise son avion personnel.

J'espère que ce court éloge permettra à ceux qui le liront et qui ne connaissaient pas le professeur Cadenat de comprendre que la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine est en d'excellentes mains. Son nouveau titulaire est un « grand monsieur ».

Alain Mouchet.

VARIÉTÉS

SUR LE FONCTIONNEMENT ET LE ROLE DES LABORATOIRES DE RECHERCHES

par G. RAMON (1).

Il y a exactement soixante-dix ans, en mars 1871, dans des heures semblables à celles que nous vivons, Pasteur, qui avait alors une cinquantaine d'années, écrivait ceci à Émile Duclaux : « Que n'ai-je à recommencer une nouvelle vie d'étude et de travail ! Pauvre France, chère Patrie, que ne puis-je contribuer à te relever de tes désastres ! » Quelques jours après, poursuivi par une sorte de vision intuitive, Pasteur écrivait encore, cette fois à Raulin : « J'ai commencé quelques expériences de cristallisation dans une grande voie, si elle donne quelque résultat... » De fait, en partant de la cristallographie, Pasteur allait, par l'enchaînement prodigieux de ses découvertes, révolutionner et la Biologie et la Médecine Et il faut insister aujourd'hui sur ce point : les recherches, les découvertes pastoriennes ont été faites avec une pauvreté de moyens qui force notre admiration et qui doit encourager tous les espoirs chez nos chercheurs actuels. Tout était à créer dans une science qui elle-même naissait. Tout fut créé par Pasteur et ses disciples : car il ne faut pas oublier ceux qui, à l'ombre du Maître, ont apporté modestement et sans ménagement leur labeur, leur talent, leur savoir sinon leur génie à l'édification de la grande œuvre pastorienne. Pasteur et ses principaux collaborateurs, Émile Roux, Chamberland et les autres, élaborèrent les méthodes, fixèrent les techniques, construisirent des appareils de fortune dont la simplicité n'avait d'égale que la parfaite adaptation au but à atteindre.

Ainsi, durant les vingt années qui suivirent les revers de 1870, malgré des moyens très réduits, en dépit des conditions de travail souvent précaires, les découvertes dans cette science nouvelle, la Microbiologie, succédèrent sans interruption aux découvertes, sous les regards émerveillés du monde entier étonné que, dans une France vaincue, terrassée, épuisée, ait pu éclore une telle floraison de travaux dont le plein épanouissement reflétait au loin le génie incomparable de notre race, génie que le souffle momentané d'une défaite, aussi violent qu'il soit, ne peut éteindre, mais que, bien au contraire, il attise.

Que ceux des chercheurs de notre époque qui seraient enclins à s'abandonner à un pessimisme stérile méditent encore ces phrases de Pasteur prononcées à la fin de sa vie et qui, à un demi-siècle de distance, s'adressent à eux : « Ne vous laissez pas décourager par les tristesses de certaines heures qui passent sur une nation. Vivez dans la paix sereine des laboratoires et des bibliothèques. Dites-vous d'abord : « Qu'ai-je fait pour mon instruction ? » Puis, à mesure que vous avancerez : « Qu'ai-je fait pour mon pays ? » jusqu'au moment où vous aurez, peut-être, cet immense bonheur de penser que vous avez contribué en quelque chose au progrès et au bien de l'humanité. » Ainsi parlait Pasteur. Nous dirons après lui : il n'y a pas de plus bel idéal, dans les conjonctures actuelles, que de servir à la fois son pays et l'humanité, et c'est le grand privilège des chercheurs de nos laboratoires que de pouvoir tendre de toute leur âme vers lui.

Animé d'un tel idéal, s'inspirant des exemples de Pasteur et de ses disciples, l'homme de laboratoire doit, après 1940, de même qu'après 1870, se mettre avec ardeur et confiance au travail. Comme ses illustres devanciers, il doit faire preuve d'ingéniosité dans la conception et dans la réalisation de l'expérience qu'il poursuit ; il doit pratiquer l'économie la plus stricte dans les moyens d'investigation qu'il utilise. D'ailleurs, regardant autour de lui, il verra encore des chercheurs qui, à notre époque, comme au temps des expérimentateurs et techniciens émérites, les Roux et les Yersin, les Nocard, les frères Nicolle, etc., exécutent avec un matériel très simple, sans appareils coûteux, des travaux remarquables et remarqués. Aujourd'hui comme hier, l'homme de science doit être capable de tous les sacrifices pour travailler dans le silence de son laboratoire au bien de l'humanité ; il doit faire tous ses efforts afin, comme l'écrivait Pasteur lui-même, « de détourner ses regards et sa pensée des turpitudes humaines, par la recherche désintéressée de la vérité ».

Toutefois l'ingéniosité et l'économie, les sacrifices et les efforts des savants ont des limites hors desquelles tout travail de recher-

(1) Nous reproduisons, ici, les magnifiques pages où, dans un rapport récent à l'Académie de médecine, G. Ramon, le directeur de l'Institut Pasteur de Garches, montre quel admirable redressement moral les découvertes pastoriennes ont valu à la France au lendemain de la défaite... Aujourd'hui comme hier, les travaux de nos Savants montrent le vrai visage de notre Patrie et conservent, au pays des Lavoisier, des Bretonneau, des Laennec, des Ampère, des Claude Bernard, des Pasteur et des Roux, des Becquerel et des Curie, l'estime et l'admiration du monde... P. C.

VARIÉTÉS *(Suite)*

ches devient non seulement improductif, mais encore impossible. C'est pourquoi les pouvoirs publics doivent, pour leur part, aider les laboratoires, les mettre à même de triompher des mille et une difficultés qui les assaillent en ce moment ou qui les attendent demain. Ils doivent, par exemple, accorder aux laboratoires une véritable priorité pour l'approvisionnement en matériel indispensable à l'accomplissement de leur mission. Que représentent quelques dizaines de litres d'alcool, de glycérine, de toluène, d'ammoniaque et autres substances nécessaires à l'expérimentation dans nos services de recherches, en comparaison des tonnes, des milliers de tonnes de ces mêmes substances employées par l'industrie, et spécialement par l'industrie de guerre ?

Les pouvoirs publics doivent donner leur concours à la recherche scientifique, à ceux qui s'y vouent. Ce faisant, ils faciliteront l'éclosion de découvertes dont les applications permettront d'améliorer l'état de santé d'innombrables malades, de sauver la vie à des milliers d'êtres humains, et auront ainsi des conséquences incalculables pour l'avenir de la race, pour la renaissance et la prospérité de la nation. Parmi les enfants qu'un vaccin comme l'anatoxine préserve d'une maladie grave, voire mortelle, ou qu'un sérum spécifique, une substance chimiothérapique arrache au trépas, certains deviendront plus tard des savants qui, à leur tour, ajouteront à la gloire de la France et au bénéfice de l'humanité tout entière.

Grâce à l'assistance des pouvoirs publics et à leur sollicitude, les chercheurs de nos laboratoires, mus de leur côté par leur ardent désir de faire œuvre utile pour notre pays en détresse, poursuivront alors avec confiance et espoir leurs travaux dont le but ultime et magnifique est le soulagement de la misère et de la souffrance humaine. Ils entretiendront et vivifieront ainsi la flamme du pur génie français, qui leur a été transmise par Claude Bernard, Pasteur, Charles Richet, d'Arsonval et combien d'autres, et contribueront, dans le champ d'action qui leur est propre, à garder à notre Patrie sa primauté spirituelle, son prestige intellectuel dans le monde.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROTECTION MÉDICALE DU TRAVAIL

Afin de compléter l'action du service de l'inspection du travail en vue de l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la protection de la santé des travailleurs, le secrétaire d'État au Travail est autorisé à recruter trois médecins inspecteurs généraux auxquels seront adjoints, dans la limite des crédits ouverts à cet effet, des médecins inspecteurs et inspectrices du travail chargés de missions de caractère temporaire.

Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé des travailleurs au lieu de leur travail. Cette action porte, en particulier, sur l'organisation et le fonctionnement des services médico-sociaux des établissements visés à l'article 65 du livre II du Code du travail.

L'activité des médecins inspecteurs s'étend, avec l'accord des administrations intéressées :

1° Aux services médicaux des organismes d'orientation, de formation et de reclassement professionnel ;

2° Aux services médico-sociaux qui pourront être créés dans les offices du travail, en vue, notamment, du classement des travailleurs sans emploi.

Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec ceux-ci à l'application de la réglementation relative à l'hygiène du travail. Ils doivent fournir au médecin inspecteur général duquel ils relèvent, ainsi qu'à l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre dans la circonscription duquel se trouve l'établissement ou l'organisme visité, le compte rendu des constatations faites au cours des visites, accompagné de leurs propositions. Ils adressent périodiquement au directeur régional de la Santé un rapport résumant leurs constatations. Ils travaillent en accord avec lui et en reçoivent des directives pour tout ce qui concerne les questions sanitaires d'ordre général.

Les médecins inspecteurs généraux sont désignés par le secrétaire d'État au Travail, après accord du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé. Ils sont chargés, sous l'autorité du directeur du travail, de coordonner et de contrôler l'activité des médecins inspecteurs et inspectrices du travail dans une région déterminée. Ils peuvent, en outre, être chargés, sur toute l'étendue du territoire, de missions spéciales se rattachant à la protection de la santé des travailleurs.

L'un des médecins inspecteurs généraux peut, tout en continuant d'assurer sa mission dans les

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

conditions ci-dessus fixées, être chargé des fonctions de conseiller technique de l'administration centrale pour tout ce qui touche à la protection médicale du travail et aux attributions des médecins inspecteurs du travail.

Chaque année, les médecins inspecteurs généraux adressent au secrétaire d'État au Travail un rapport sur leur activité dans la circonscription qui leur est attribuée et les résultats obtenus dans le domaine de la protection de la santé des travailleurs. Les rapports des médecins inspecteurs généraux sont communiqués par le secrétaire d'État au Travail au secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Il est institué auprès de la direction du travail un comité permanent qui élabore la doctrine de la médecine du travail et fixe les règles générales d'action des médecins inspecteurs du travail.

Les membres du comité sont nommés pour six ans par le secrétaire d'État au Travail, qui désigne parmi eux le président. Un tiers d'entre eux est désigné sur la proposition du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé (secrétariat général de la Santé). Le directeur du travail et le médecin inspecteur général qui serait éventuellement désigné comme conseiller technique font obligatoirement partie du comité.

Il est créé, au sein du Comité consultatif d'hygiène de France, une section d'hygiène industrielle et de médecine du travail, composée de six à neuf membres nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé. La section délibère sur toutes les questions d'ordre technique qui lui sont soumises par le secrétaire d'État au Travail et le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Les dispositions du Code du travail relatives aux pouvoirs et obligations des inspecteurs du travail sont étendues aux médecins inspecteurs et inspectrices et aux médecins inspecteurs généraux du travail, à l'exception des dispositions de l'article 107 du livre II du Code du travail relatives aux procès-verbaux et de l'article 68 du même livre relatives aux mises en demeure.

En vue de la prévention des affections professionnelles, les médecins inspecteurs du travail sont autorisés à faire, aux fins d'analyse, tous prélèvements portant notamment sur les matières mises en œuvre et les produits utilisés.

Un décret, contresigné par le ministre secrétaire d'État à l'Économie nationale et aux Finances, le secrétaire d'État au Travail, le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, déterminera les conditions d'application de la présente loi, en ce qui concerne le mode de désignation et la rémunération des médecins inspecteurs généraux et des médecins inspecteurs et inspectrices du travail.

Un décret, contresigné par le secrétaire d'État au Travail et le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, déterminera les conditions dans lesquelles les médecins inspecteurs généraux et les médecins inspecteurs du travail exerceront leur activité. Il sera pris après avis du comité prévu à l'article 4 ci-dessus.

CRÉATION D'UN INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

Il est créé à Paris un établissement public qui prend le nom d'Institut national d'hygiène.

Cet établissement, rattaché au secrétariat d'État à la Famille et à la Santé, est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

L'Institut national d'hygiène a pour objet :

1° De provoquer et d'effectuer des travaux de laboratoires intéressant directement la santé publique ;

2° D'étudier les conditions d'utilisation et les modalités d'application pratique des résultats des recherches scientifiques de tous ordres, notamment par l'aménagement de stations d'essais (assainissement, désinfection, etc.) et par l'extension du champ d'expérimentation (épidémiologie, prophylaxie générale des maladies transmissibles, problème de la nutrition, etc.) ;

3° De confronter les résultats des enquêtes menées dans diverses collectivités avec les investigations de laboratoire (nutrition et état sanitaire, sous-alimentation et tuberculose, etc.) ;

4° De réunir et de tenir à jour une documentation complète sur la situation sanitaire du pays et sur l'hygiène générale ; d'entreprendre ou d'encourager la publication de travaux susceptibles d'enrichir cette documentation ; de faciliter, en cette matière, la rédaction de textes de vulgarisation ou d'enseignement.

L'Institut se compose des quatre sections suivantes :

1° Section d'épidémiologie ;

2° Section d'hygiène générale ;

3° Section de nutrition ;

4° Section des maladies sociales (cancer, syphilis, tuberculose, alcoolisme).

A chaque section sont rattachés des établissements d'application et des laboratoires agréés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, les premiers sans limitation de durée, les seconds pour une période de cinq ans renouvelable.

L'Institut national d'hygiène est géré, sous l'autorité du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, par un conseil d'administration et par un directeur nommé par arrêté du secrétaire d'État, sur la proposition du Conseil.

Le Conseil d'administration comprend :

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS (*Suite*)

Le secrétaire général de la Santé ou son représentant, président ;

Le directeur de la Santé, vice-président ;

Le directeur du Centre national de la recherche scientifique ;

Un représentant du secrétariat d'État à l'Économie nationale et aux Finances ;

Quatre membres choisis pour quatre ans par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé parmi les personnes qualifiées par des travaux intéressant la santé publique ;

Le directeur de l'Institut assistera également, avec voix délibérative, aux séances du Conseil d'administration.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1941.

Juvénilisme chez un garçon de vingt-deux ans par destruction des testicules à l'âge de quinze ans. Efficacité du traitement par le testostérone. — MM. Pierre Nobécourt et Sotirios-B. Briskas. — A quinze ans, un garçon, dont la puberté débute régulièrement, est atteint d'une affection des testicules, qui se termine par une atrophie. De ce fait, la puberté ne s'achève pas.

Les auteurs le traitent par des injections de *propionate de testostérone*.

Actuellement, après deux années de traitement, à vingt-quatre ans et demi, l'habitus n'est plus juvénile. Le malade est devenu un *homme* du point de vue somatique et psychique ; il est même distingué en physique et en mathématiques.

Malheureusement, *il n'est pas un homme véritable*. Il lui manque la *fonction de reproduction*. La testostérone, comme il est de règle, a été sans action sur ses testicules, qui sont toujours atrophiés ; il a l'appétit sexuel, des érections, des éjaculations, le liquide éjaculé contient des cellules de la lignée séminale, mais pas de spermatozoïdes. De ce point de vue, le pronostic doit être réservé.

Éléphantiasis streptococcique guérie par les sulfamides. — MM. H. Gougerot et A. Carteaud. — Les auteurs rapportent un cas d'éléphantiasis nostras de la jambe chez une femme de quarante-deux ans, éléphantiasis accompagnée de poussées fébriles et douloureuses apparue le 30 avril dernier.

Sous l'influence de deux cures de 693, la première de 6gr,50, la seconde de 21 grammes, et d'une troisième cure de 10gr,50 de 2090 RP, l'état local s'est rapidement transformé. Le pourtour de la cheville a diminué de 12 centimètres et celui du mollet de 9 centimètres en quatre mois. De plus, les poussées fébriles et douloureuses ont totalement disparu dès la deuxième cure de 693.

Quand on connaît le caractère rebelle aux médications des éléphantiasis, il est intéressant de souligner le succès rapide obtenu dans ce cas d'éléphantiasis streptococcique par la thérapeutique sulfamidée.

Variations de l'activité pathogène du « Treponema pallidum » d'origine humaine. — MM. G. Levaditi et A. Vaisman.

Prises de vues cinématographiques. — A la fin de la séance, des prises de vues ont été faites dans la salle et dans l'atrium.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances solennelles des 7-8 novembre 1941 (suite).

TROISIÈME QUESTION

Les hépatites professionnelles.

Premier rapport.

Étude étiologique et clinique des hépatites professionnelles. — MM. M. Duvoir, H. Desoille et M. Gaultier, rapporteurs, après avoir exposé le double problème étio-pathologique et médico-légal des hépatites professionnelles, proposent pour celles-ci une classification anatomo-clinique, et donnent des directives pour leur diagnostic.

Définition. — Sous le nom d'hépatite professionnelle, on doit entendre, l'alcoolisme étant éliminé, toute lésion du foie étiologiquement imputable aux conditions du travail du sujet qui en est porteur.

Il s'agit parfois d'un processus infectieux, mais le plus souvent la cause de l'hépatite est un toxique industriel. Celui-ci peut avoir eu une action brutale : c'est alors un accident professionnel indemnisé en accident du travail ; ou bien l'action a été lente : c'est alors une maladie professionnelle, qui peut être ou non indemnisée au titre de la loi qui étend aux maladies professionnelles la loi sur les accidents du travail.

En réalité, la distinction entre ces deux ordres de faits n'est pas toujours aisée, et c'est pourquoi certaines affections figurent dans la loi avec la mention qu'elles seront indemnisées en maladies professionnelles, à moins qu'elles ne soient accidents du travail.

Les auteurs étudient dans ce rapport les affections hépatiques qui, par leur fréquence dans l'exercice de certaines professions, constituent un « risque professionnel », que le danger soit le fait d'une inoculation ou d'une infection aiguë, ou qu'il relève d'une intoxication chronique, en dehors de toute notion d'indemnisation.

De la très abondante documentation moderne, sur ce sujet, il convient de ne retenir que les faits cliniques ayant reçu une confirmation anatomique et expérimentale incontestable. Parmi les facteurs qui rendent délicate l'interprétation de l'expérience clinique, le plus important est la variation de la sensibilité individuelle aux divers toxiques ; la race, le sexe, l'âge, l'équilibre hormonal, l'état antérieur du foie jouent un rôle dans cette diversité des réactions individuelles, sans suffire toujours à l'expliquer entièrement. Quelles que soient, d'ailleurs, les raisons de

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

cette variabilité individuelle, son existence en pathologie du travail est bien connue et doit faire préférer le maintien dans un travail dangereux de la même équipe ouvrière, composée d'individus sélectionnés et résistants, à un roulement d'équipes.

CLASSIFICATION. — 1° Les *hépatites ictérigènes.*

a. Infectieuses exceptionnellement : spirochétose ictéro-hémorragique des égoutiers et brucelloses des professions agricoles.

b. Toxiques surtout :

Habituellement, le toxique agit à doses faibles, mais répétées, et l'ictère apparaît après un délai variant entre quelques semaines et quelques mois.

Le *tétrachloréthane* et le *trinitrotoluène* apparaissent comme les deux toxiques les plus redoutables. Ils ont été les deux causes essentielles des ictères toxiques, observés en si grand nombre pendant les deux années 1914-1916, soit dans l'industrie aéronautique (tétrachloréthane), soit dans la fabrication des explosifs (trinitrotoluène). Une législation sévère a supprimé ces dangers. Mais le tétrachloréthane, excellent solvant, fait partie de nombreux vernis industriels et provoque toujours des accidents, dont le plus connu est l'« ictère des perlières », décrit et étudié par N. Fiessinger en 1922.

Les *dérivés chlorés du naphtalène*, employés dans la fabrication des condensateurs électriques, possèdent une action toxique identique, de notion beaucoup plus récente ; 9 cas mortels en ont été observés en trois ans par les auteurs américains, qui ont démontré expérimentalement que l'action toxique était dévolue aux dérivés chlorés supérieurs (hexa- et pentachloronaphtalène).

A l'opposé de ces intoxications chroniques, le *tétrachlorure de carbone*, employé comme solvant ou comme extincteur d'incendie, détermine toujours des intoxications brutales et massives.

2° *Les ictères accompagnant les processus hémolytiques ou méthémoglobinisants.*

Dans les intoxications sanguines aiguës, on peut observer un ictère d'abord hémolytique, mais ensuite également hépatique.

Si l'hydrogène arsénié est le type même de ce groupe de toxiques, déterminant des ictères mixtes, toutes les substances méthémoglobinisantes : amines aromatiques, comme les phénylènes diamines, ou dérivés chlorés et nitrés du benzène peuvent également présenter, à côté d'une cyanose intense, un ictère, d'ailleurs toujours modéré.

(Voir la suite page IX.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances solennelles des 7-8 novembre 1941 (suite).

3° *Les cirrhoses.*

En dehors des cas de cirrhose subaiguë ou d'ictère grave cirrhogène, parfois observés avec les toxiques du premier groupe, on ne saurait admettre sans beaucoup de réserves les cirrhoses professionnelles.

La genèse du processus scléreux est trop lente pour que l'on puisse admettre que le sujet n'ait été soumis qu'à un seul toxique pendant cette longue évolution.

Sans vouloir renouveler le débat, toujours ouvert, de l'étiologie des cirrhoses, les rapporteurs se bornent à rappeler les principaux arguments qui plaident en faveur d'une cirrhose saturnine ou cuprique, cette dernière revêtant volontiers pour certains l'aspect de la cirrhose pigmentaire.

Sans rejeter de façon définitive la participation de certains métaux, comme le plomb et le cuivre, se déposant de façon élective au niveau du foie, il faut reconnaître qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun élément anatomique ou clinique qui permette d'éclairer l'étiologie des cirrhoses, et en particulier des cirrhoses professionnelles.

4° *Les hépatites purement anatomiques.*

Si l'on tenait compte des données expérimentales, ce groupe renfermerait la plupart des substances organiques ou minérales. Il en est peu, en effet, avec laquelle un expérimentateur n'ait réalisé des lésions hépatiques de nécrose ou de dégénérescence graisseuse.

Mais, en pathologie professionnelle, ces conditions expérimentales ne sont réalisées qu'exceptionnellement. Il s'agit alors d'un accident du travail et nullement d'une hépatite professionnelle.

Aussi les rapporteurs se bornent à discuter le rôle de l'atteinte du foie dans certaines manifestations professionnelles communes, telles que la fièvre des fondeurs de zinc, le syndrome parkinsonien du manganèse et du sulfure de carbone, l'anémie benzolique, etc.

DIAGNOSTIC. — Si l'atteinte du foie par les divers agents auxquels est exposé le travailleur moderne est donc fréquente, seuls comptent, en pratique clinique et médico-légale, les ictères professionnels.

Le praticien établira son diagnostic sur l'analyse des symptômes cliniques, et surtout sur la notion de la profession de son malade.

a. *Orientation par la clinique :* l'ictère fébrile ne s'observe à titre professionnel que dans la spirochétose ictéro-hémorragique. Parmi les ictères apyrétiques, l'ictère simple, avec urines bilieuses, peut être dû au tétrachloréthane ou au trinitrotoluène, plus rarement aux dérivés chlorés du naphtalène ou au tétrachlorure de carbone ; ce dernier provoque plus souvent une hépato-néphrite, où l'ictère est associé à des œdèmes importants, de l'albuminurie et de l'hyper-azotémie. L'ictère associé à une anémie importante et à de l'hémoglobinurie fera rechercher l'hydrogène arsénié, surtout si l'absence de fièvre permet d'écarter un ictère hémolytique infectieux. Enfin, le subictère avec hémolyse et cyanose intense fera rechercher l'un des nombreux toxiques méthémoglobinisants de la série des dérivés aromatiques ou des dérivés benzéniques.

b. *Indications fournies par la profession :*

1° Travaux utilisant des vernis ou des solvants : tétrachloréthane et tétrachlorure de carbone.

2° Usines de munitions : surtout trinitrotoluène, accessoirement dinitrobenzène et dinitrophénol.

3° Industrie des colorants : amines aromatiques et dérivés chlorés et nitrés du benzène.

4° Travaux dans les égouts : leptospirose.

c. Si le praticien peut ainsi orienter son diagnostic, le médecin expert devra exiger *l'analyse des échantillons* des produits utilisés par le malade dans son travail et des réactions chimiques spécifiques dans les urines du malade : réaction de Derrien pour le dinitrophénol ; réaction de Webster pour le trinitrotoluène.

Sur un cas d'intoxication aiguë par le tétrachlorure de carbone. — MM D LEROY, M.-L. CHEVREL-BODIN et M. CORMIER (de Rennes) rapportent l'observation d'un sujet qui, pour une désinfection de locaux, utilisait des vaporisations de tétrachlorure de carbone. Dès le début de son intoxication, il eut des vomissements et une oligurie intense ; puis, rapidement, avec seulement une légère hépatomégalie sans ictère, s'établit une anurie.

Les auteurs font une étude biologique des troubles qui suivirent : acidose avec azotémie considérable, effondrement de la concentration chlorée, tant globulaire et plasmatique qu'urinaire.

L'amélioration de ce sujet ne fut obtenue que par une médication alcaline et des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique.

Ictère grave par intoxication professionnelle due au trichloréthylène. — MM. P.-A. CARRIÉ, MARCEL PERRAULT et J.-S. BOURDIN rapportent une observation d'ictère grave par intoxication due au trichloréthylène. Il s'agit d'une femme de trente ans, colleuse de chaussures, exposée à la nuisance trichloréthylénique dans des conditions quasi expérimentales, qui, ayant présenté un ictère catarrhal d'origine peut-être banale, continua de travailler pendant le cours de son ictère. Son état s'aggrava et elle entra dans le service avec les signes habituels (ictère, hémorragies, coma) d'un ictère grave. L'allure clinique et les résultats de l'examen anatomo-pathologique imposent le diagnostic d'*ictère catarrhal aggravé* type Bergstrand. Aucune étiologie plausible d'un autre ordre, infectieuse ou toxique, ne put être mise en évidence en dehors de l'intoxication par le trichloréthylène. Cette intoxication peut donc légitimement être mise en cause, qu'elle ait agi directement (comme dans les hépatites expérimentales démontrées par Noël Fiessinger et Jacques Loeper) ou par le mécanisme de la cataphylaxie hépatique de Noël Fiessinger.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, vraisemblablement la première en date où l'on incrimine l'action hépatotoxique du trichloréthylène, c'est que

ce solvant volatil passe pour être à peu près inoffensif. On a même proposé de le substituer aux autres solvants industriels, et en particulier au benzol.

Cette observation indique de ne pratiquer cette substitution qu'avec la plus grande prudence, et après étude préalable. Elle ne saurait en tout cas dispenser les entreprises de procéder à l'installation de dispositifs de sécurité efficaces.

DEUXIÈME RAPPORT.

L'étude expérimentale des hépatites toxiques par les dérivés chlorés des hydrocarbures. — MM. NOEL FIESSINGER et JACQUES LOEPER, rapporteurs, après avoir établi une liste des dérivés chlorés des hydrocarbures de la série grasse et de la série aromatique employés dans l'industrie moderne, insistent sur le fait qu'en règle générale, pour le méthane et la naphtaline, d'une façon moins précise pour l'éthane et pour l'éthylène, la toxicité des produits est subordonnée à la charge en allogène. Les plus toxiques de ces produits sont le tétrachlorométhane ou tétrachlorure de carbone, et le tétrachloréthane. Le trichloréthylène et les chloronaphtalènes se montrent moins toxiques.

Les auteurs, après avoir rapporté les travaux expérimentaux antérieurs, exposent leur technique d'intoxication du rat blanc par inhalation dans un air circulant. Leurs recherches ont surtout porté sur le tétrachlorure de carbone. Dans ces intoxications courtes, 10 séances d'inhalation en vingt jours, on observe des dégénérescences intenses des régions péri-portales. Elles s'étendent et s'accompagnent de réaction interstitielle dans les intoxications moyennes de 10 à 20 inhalations en vingt à quarante jours, tandis que, dans les intoxications longues de 20 à 50 inhalations de quarante à cent vingt jours, on observe l'apparition du tissu connectif avec des ébauches de cirrhoses. Ces lésions se retrouvent au cours des intoxications par le tétrachloréthane, mais avec une objectivité moins grande. On les obtient, par contre, très difficilement dans les intoxications expérimentales par le trichloréthylène ou les chloronaphtalènes, où seulement les penta- et hexa-chloronaphtalènes se montrent toxiques.

Ce qui signale ces lésions toxiques, c'est leur constance et leur intensité. Le foie se montre particulièrement fragile et ne traduit le plus souvent son atteinte chez l'animal par aucun symptôme objectif ; l'ictère est rare et tardif, l'amaigrissement exceptionnel, les hémorragies absentes.

Les rapporteurs abordent, en terminant, les actions hépatopoiétiques de certaines substances. Sur ces animaux intoxiqués par les composés chlorés des carbures, on a expérimenté plusieurs substances qui exaltent les processus de réparation du parenchyme restant. C'est qu'en effet il existe toujours un parenchyme hépatique épargné qui tente de compenser la lésion dégénérative spontanément, mais cette réparation reste normalement timide et imparfaite. Ils insistent sur le rôle, d'une part, de l'hormone gonadotrope du lobe antérieur d'hypophyse et, d'autre part, des corps puriques, et en particulier de la xanthine, particulièrement étudiée en Amérique. Après avoir rapporté leurs expériences personnelles, les auteurs montrent que, dans les conditions dans lesquelles ils ont opéré, ces substances n'ont pas une action protectrice lésionnelle, mais exaltent nettement le pouvoir kinétique des foyers compensateurs. L'action hépatopoiétique est donc évidente, mais les recherches expérimentales ne permettent pas encore d'en tirer des conclusions de thérapeutique humaine.

M. L. JUSTIN-BESANÇON montre que les expériences d'intoxication expérimentale par le tétrachlorure de carbone nécessitent des précautions techniques minutieuses. MM. Chiray, Justin-Besançon, Diéryck et Netter ont longuement travaillé avant d'établir les conditions préalables nécessaires à la reproduction des expériences américaines. Celles-ci ont bien montré que la xanthine et nombre de corps similaires ne sont pas des antidotes du CCl^4, au sens où la strychnine est l'antidote d'un barbiturique. La xanthine réalise une protection à échéance et sous condition.

Il est donc vraisemblable qu'il y a un ou plusieurs chaînons intermédiaires entre la xanthine et la cellule hépatique protégée. Il est fort possible que le noyau pyrimidinique, commun à la xanthine et à la vitamine B_1, soit au nombre de ces chaînons.

TROISIÈME RAPPORT.

Le foie dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié. — MM. LÉON BINET, H. BOUR et J. LACORNE, rapporteurs, font une étude clinique et expérimentale de l'atteinte hépatique dans l'intoxication par l'arséniate d'hydrogène.

Un foie gros et douloureux, des hémorragies, des modifications biochimiques du sang (hyperlipémie, hypercholestérolémie, hyperglycémie), une altération de l'instantané hépatique normal, dans le domaine anatomique, une infiltration graisseuse du foie, dans le domaine toxicologique, une accumulation d'arsenic dans le foie sont autant d'éléments exposés par les rapporteurs. Les auteurs soulignent les indications de la médication hyposulfitée sodique pour lutter contre l'atteinte hépatique.

Hyposulfite de soude et pilocarpine. — M. H. JAUSION se réclame d'une longue expérience de l'hyposulfite de soude, qu'il a largement administré, depuis Ravaut, dans les dermites d'intolérance, les accidents chimiothérapiques et les érythrodermies les plus graves. Au cours de l'année 1939, il a suggéré la thèse de Kouchner sur le rôle biologique du thiosulfate. Deux chapitres, entre beaucoup d'autres, méritent de retenir l'attention ; ils portent sur le rôle du soufre neutre, tant dans le cycle du glutathion que dans la régénération ou l'excitation du système réticulo-endothélial. Antitoxique de premier ordre, l'hyposulfite de soude a suscité néanmoins, dans un cas paradoxal, une érythrodermie vésiculo-œdémateuse, qui fut attribuée par erreur à l'emploi simultané des arsénobenzènes.

Le médicament s'est notamment affirmé dans trois

cas d'ictère, provoqués par des intraveineuses de sulfate de cuivre, dont l'auteur signale en passant la possible hépato-toxicité.

Il a coutume, depuis 1929, d'associer au sel sodique le jaborandi (5 centigrammes) pour l'ingestion, ou le nitrate de pilocarpine (5 milligrammes) pour l'injection. La pilocarpine, qui possède un noyau imidazol, copulé avec celui du furane, a de ce fait des analogies avec la xanthine ou pyrimidine-imidazol, que Justin-Besançon rapproche fort ingénieusement de la vitamine B_1 ou pyrimidino-thiazol. Ces trois composés réaliseraient une manière de gamme antitoxique. Dans le cas de la pilocarpine s'ajoute bien évidemment l'action vagotrope et excito-sécrétoire, qui peut même s'exercer incidemment sur les plexus choroïdes dans les accidents hypotensifs de la ponction lombaire, par exemple.

QUATRIÈME RAPPORT.

Les réactions hépatiques devant l'intoxication benzolique ; existe-t-il une hépatite benzolique ? — MM. MARCEL PERRAULT et JEAN COTTET, rapporteurs, rappellent que l'hépatite benzénique fait figure de parent pauvre à côté des hémopathies benzéniques ; pour rares qu'ils soient, des faits tangibles attestent cependant la réalité de l'hépatite benzénique.

1° *Faits cliniques.* — On relate dans la littérature un certain nombre de cas d'ictère. L'hépatomégalie est signalée dans un nombre important de cas. La cirrhose benzénique est beaucoup plus rare ; on en retrouve cependant cinq observations, une de Humperdick et quatre de Loeper ; tantôt il s'agit de cirrhose pigmentaire, tantôt de cirrhose type Laennec.

2° *Investigations biologiques.* — Leur petit nombre ne permet guère actuellement une conclusion.

3° *Constatations anatomiques.* — L'atteinte hépatique est indiscutable ; elle se présente avant tout comme une hépatite graisseuse, avec lésions cellulaires plus ou moins importantes. Parfois la congestion, plus ou moins marquée, souvent accompagnée d'extravasations sanguines macro- ou microscopiques, peut prédominer. Enfin peuvent exister des réactions scléreuses dans les cas exceptionnels de cirrhose.

4° *Faits expérimentaux.* — Dans l'intoxication benzénique, surtout dans l'intoxication chronique, le foie est relativement riche en benzène. Ce corps s'élimine de façon importante par la bile. D'autre part il y a chez les sujets intoxiqués une augmentation du soufre conjugué par rapport au soufre total ; or le rôle du foie dans la sulfoconjugaison est considérable. Chez des cobayes intoxiqués, les auteurs ont constaté des lésions hépatiques importantes avec grosse dégénérescence graisseuse ; l'administration d'hyposulfite de soude semble réduire cette toxicité.

Enfin les rapporteurs soulignent le rôle possible des carences vitaminiques constatées au cours de l'intoxication benzénique, notamment de la carence en vitamine C, qui se présente sous forme de troubles de la répartition de ce corps avec diminution considérable de la charge du foie en vitamine C, il existe également vraisemblablement des modifications de l'utilisation et du stockage de la vitamine K.

Par ailleurs existent d'importants troubles humoraux dus à la mobilisation lipidique (hypercholestérolémie, hyperlipidémie) ; ces troubles font présumer une intervention hépatique et l'atteinte fonctionnelle ou anatomique secondaire du foie, et notamment sa dégénérescence graisseuse.

Les rapporteurs concluent qu'au point de vue dogmatique une place est à faire à l'hépatite benzolique ;

au point de vue médico-légal, il faut envisager la légitime réparation ;

au point de vue prophylactique, en hygiène industrielle, il est utile d'évincer les sujets porteurs de tares hépatiques ;

enfin, au point de vue thérapeutique, on peut proposer, à côté de la correction du déficit vitaminique en acide ascorbique, une hyperthionisation susceptible de faciliter la conjugaison et l'élimination du benzol par le foie, de remplacer le soufre consommé et de parer à la carence ultérieure.

Le dépistage de l'intoxication benzolique. — MM. M. DUVOIR et G. HAUSSER rappellent que les Américains, devant les difficultés que suscitent les nombreux examens hématologiques dans les usines, ont proposé la recherche des dérivés sulfo-conjugués dans l'urine. En effet, le benzol inhalé est éliminé dans l'intoxication chronique en grande partie sous forme de phénol et de diphénol, phénol qui se combine à l'acide sulfurique ou à l'acide glycuronique. Divers auteurs ont observé un parallélisme entre les modifications du rapport du soufre conjugné au soufre minéral et les variations du taux du benzène de l'air expiré. On a vu que les sulfates conjugués, qui représentent 10 p. 100 du soufre total chez les ouvriers travaillant dans l'essence, montent à 60 et 70 p. 100 chez les travailleurs du benzol. Si la diminution des sulfates inorganiques atteint 30 à 40 p. 100, on considère que le sujet est suspect d'intoxication benzolique. Gengou a contesté la valeur de ce test, mais sa technique est critiquable. La question mérite d'être étudiée. Il est évident que, si l'on donne préventivement de l'hyposulfite, on gêne considérablement l'application de la méthode.

M. LOEPER fait ressortir l'intérêt de ces recherches, mais l'administration d'hyposulfite offre un tel avantage qu'il croit qu'il faut en donner, au risque de gêner le dépistage.

Taux de l'acide ascorbique, hépatique, hypophysaire et surrénal au cours de l'intoxication benzénique subaiguë du cobaye. — M. G. POUMEAU-DELILLE montre qu'au cours de l'intoxication subaiguë par le benzol on observe une légère élévation du taux de l'acide ascorbique hépatique. Au même temps, l'acide ascorbique hypophysaire s'élève fortement, alors que l'acide ascorbique surrénal s'abaisse modérément.

L'atteinte hépatique au cours des anémies. — M. P. CHEVALLIER rappelle que de nombreux faits

semblent prouver l'existence de lésions hépatiques au cours des hémorragies, qu'elles soient massives ou répétées ; mais, en réalité, ces faits ne sont pas probants, car la saignée déclenche une véritable intoxication. De même, on ne peut faire cas des anémies toxiques ou infectieuses, trop complexes. On ne peut s'adresser qu'aux anémies primitives idiopathiques dont le type est la maladie de Biermer, dont les lésions hépatiques ont été étudiées par Gilbert et Lereboullet. Dans le foie de ces malade, son observe une surcharge ferrugineuse et une dégénérescence centro-lobulaire ; mais ces patients sont morts de cachexie avec complications infectieuses ; il est donc difficile d'attribuer ces lésions à l'anémie elle-même. En réalité, du vivant du malade, il n'y a pas de signes d'insuffisance hépatique au cours de la maladie de Biermer. Les médicaments, qu'il s'agisse de l'extrait hépatique ou du fer, ne donnent pas d'hépatites toxiques, sauf le fer intraveineux.

S'il y a des lésions du foie dans les anémies, ce sont des lésions concomitantes, et non des lésions dépendantes.

M. Loeper estime que la part du toxique est plus grande que celle de l'anémie dans la genèse dela dégénérescence graisseuse.

M. N. Fiessinger discute les rapports de l'anémie avec la dégénérescence graisseuse du foie. Il ne nie pas que l'intoxication par l'hydrogène arsénié et par le benzol ne détermine des dégénérescences graisseuses immédiates, mais soutient qu'une intoxication qui entraîne une anémie lente peut amener une dégénérescence graisseuse du foie. Chez les chiens rendns anémiques par plasmaphérèse, on constate toujours une dégénérescence graisseuse hépatique.

Jean Lereboullet.

Séance du 28 novembre 1941.

Trois nouveaux cas de toxicomanie au chlorhydrate de déhydro-oxycodéinone (eubine). L'eubinisme. — MM. P.-H. Hillemand et Ch. Durand rapportent trois nouvelles observations d'eubinisme, terme créé par Dnpary en 1933. Ils montrent le danger des succédanés de la morphine ne donnant pas lieu théoriquement à l'accoutumance, rappellent que le danger a été sanctionné par le législateur, et ils insistent sur l'usage de plus en plus fréquent fait par les toxicomanes à court de drogues des spécialités susceptibles d'être obtenues plus facilement que les prescriptions magistrales classiques.

M. Péron rappelle que tons les produits opiacés substitués à la morphine sont capables de créer des intoxications ; néanmoins, ces produits sont mieux supportés que la morphine.

Un cas de méningite purulente à pneumocoques traité par les sulfamides. Guérison. — M. Richard (de Montoire-sur-le-Loir) rapporte l'observation d'un enfant de neuf ans et demi atteint d'une méningite purulente à pneumocoques. Dans une première phase, le 1162 F fut donné sans modification ni de l'état général, ni de l'état local. Dans une deuxième phase, il fut remplacé par le 693. En trois jours les signes cliniques disparurent et le médicament fut arrêté. Dès le lendemain, les accidents reprirent, résistèrent à une nouvelle cure de 1162 F et ne furent définitivement jugulés que par la reprise du 693 à grande dose.

L'auteur insiste sur la rareté des guérisons de méningite purulente à pneumocoques et sur les résultats obtenus par le 693, alors que le 1162 F restait à peu près inefficace.

M. Justin-Besançon a observé un cas semblable de méningite à pneumocoques dans lequel l'effet bactériostatique fut des plus net.

Mme Bertrand Fontaine a récemment observé d'excellents effets du 2090 sur la méningite à pneumocoques malgré une concentration souvent faible.

M. Loeper souligne la moindre toxicité du 2090 ; elle lui semble due à l'adjonction de soufre.

M. Mollaret pense que le facteur concentration reste fondamental. L'action des sulfamidés est essentiellement bactériostatique ; les germes ne sont pas tués, mais il leur paraît impossible par un processus analogue à la fermentation de se segmenter ; il faut donc que l'organisme fasse parallèlement les frais de la destruction des bactéries. Les dosages dans le liquide céphalo-rachidien ont moins de valeur avec le 2090 qu'avec le 693.

Les troubles trophiques dans l'ictère hémolytique. — M. Laederich, sur 5 cas d'ictère hémolytique, a observé 4 ulcères de jambe. Ces ulcères ne sont pas toujours rebelles à la thérapeutique médicale et ne sont pas tous douloureux.

M. Fiessinger n'a observé l'ulcère de jambe que deux fois sur 15 ictères hémolytiques. Il considère également la guérison spontanée comme possible. Il souligne le rôle de la sphérocytose dans la genèse des troubles trophiques.

M. Huber a observé plusieurs fois ce stigmate ; il s'agissait d'ulcères indolores qui ont guéri.

M. Brulé pense que l'ulcère de jambe est une complication exceptionnelle.

M. Lenègre souligne le caractère spécial de ces ulcères à siège bien particulier. Histologiquement, il s'agit d'un processus vasculaire : purpura chronique secondairement nécrotique.

Sur une forme polyurique des troubles liés à l'insuffisance et au déséquilibre de la ration alimentaire. — MM. Jacques Decourt, R. Sassier et R. Bastin insistent sur la fréquence actuelle des syndromes polyuriques manifestement liés aux états de dénutrition consécutifs aux restrictions alimentaires. La polyurie, qui peut atteindre 3 et 4 litres par vingt-quatre heures, coexiste avec un amaigrissement important, une baisse de la pression artérielle, une bradycardie sinusale, un abaissement du métabolisme basal, le tout accompagné d'une asthénie profonde avec sensation de faim.

L'examen biologique approfondi d'un cas de ce genre a montré aux auteurs que la polyurie diffère de celle du diabète insipide classique. Elle ne s'ac-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

compagne pas de polydipsie ; les sujets n'éprouvent pas de soif anormale et boivent peu, malgré la déshydratation de l'organisme, qui se traduit par des chutes massives de poids au moment des décharges urinaires. D'autre part, l'extrait post-hypophysaire est sans action nette sur la polyurie. Le régime déchloruré, au lieu de la réduire, comme il est de règle dans le diabète insipide tubéro-hypophysaire, tend à l'augmenter. Les effets de la déchloruration et de la rechloruration sont de même sens que chez les sujets normaux, mais avec une amplitude excessive, montrant une labilité anormale de l'équilibre hydrochloruré de l'organisme. Tout se passe comme si les humeurs et les tissus avaient peine à retenir l'eau et le sel. La chlorémie est faible, et la suppression du sel entraîne une déshydratation excessive du sang. Le taux des albumines totales du sérum est normal, mais le rapport sérine-globuline est augmenté (entre 3 et 4), sans que l'on puisse dire s'il s'agit là d'une anomalie causale ou d'un processus de défense de l'organisme.

Ce syndrome semble donc s'opposer aux œdèmes dits de famine ; mais il est possible qu'il ne représente qu'une étape différente d'un même processus physiopathologique fondamental, vraisemblablement lié au déséquilibre protido-lipidique de la ration alimentaire.

M. Loeper se demande si le régime de fruits et de légumes riches en eau n'est pas l'élément diurétique principal.

Troubles cardiaques neurotoniques consécutifs aux phlébites. — M. J. Lenègre montre qu'à partir d'une phlébite ou d'une agression veineuse, de quelque nature que ce soit, il peut éclore des troubles réflexes qui majorent plus ou moins, selon les sujets, les conséquences de la lésion organique. Les réflexes vasculaires locaux émanés d'une phlébite commencent à être bien connus : spasmes des troncs veineux collatéraux, des troncs artériels adjacents, des artérioles ; troubles capillaires variés et même lymphatiques. Moins classiques, quoique peut-être plus fréquents, sont les troubles réflexes cardiaques qui annoncent, accompagnent et quelquefois suivent la phlébite : dyspnée de types variés, palpitations, algies précordiales et même douleurs angineuses, lipothymies peuvent se grouper et réaliser des tableaux impressionnants qui, chez un malade tachycardique ayant de l'œdème des jambes, ont pu parfois faire penser à une insuffisance cardiaque. Cependant, le cœur est normal cliniquement, aux rayons X et à l'électrocardiogramme. Ramener ces troubles à leur cause est chose facile quand il existe une *phlegmatia alba dolens* connue et traitée, quand il en existe au moins les circonstances étiologiques (suites de couches, intervention chirurgicale récente), ou encore dans les cas de phlébite variqueuse. C'est beaucoup plus difficile quand la phlébite, segmentaire ou latente, est mise sur le compte des hypothétiques « varices profondes », ou dans le cas d'une phlébite pelvienne primitive. La neurotonie cardiaque peut alors être révélatrice de l'affection veineuse. De toute manière, elle indique l'existence d'un processus phlébitique en évolution dont elle est directement solidaire ; elle commande donc l'immobilisation. Bien qu'en eux-mêmes les troubles nerveux cardiaques soient sans gravité et ne compromettent jamais la valeur fonctionnelle du cœur, ils doivent être pris en considération, car ils peuvent précéder une embolie pulmonaire authentique ou une de ces « embolies sans embolie anatomique » qui ne sont peut-être que la forme majeure la plus grave des troubles cardiaques réflexes des phlébites. Un terrain spécial fait de neurotonie constitutionnelle, de troubles digestifs, de dystrophie veineuse familiale rend compte de l'aptitude de certains sujets à présenter des troubles cardiaques réflexes dits sympathiques à l'occasion d'agressions veineuses qui constituent chez eux une épine irritative réflexogène.

M. Decourt a observé un cas analogue.

M. Ravina croit que les injections intraveineuses ou périveineuses sont très suceptibles de donner des troubles fonctionnels plus ou moins importants ; les mêmes troubles se voient autour des hémorroïdes.

M. Léchelle pense que ces accidents sont banaux après injection intraveineuse de cyanure de mercure.

M. Milian montre que le cyanure agit non comme irritant réflexe, mais comme toxique véritable, ceci chez certains sujets, par mise en liberté d'acide cyanhydrique.

M. Bénard confirme le rôle de l'intoxication cyanhydrique.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 octobre 1941 (suite).

Modifications fonctionnelles de la médullo-surrénale en rapport avec les variations de l'acide ascorbique. — MM. A. Giroud et M. Martinet, en pratiquant des dosages sur des médullaires isolés, ont pu montrer que la teneur en adrénaline s'accroissait au cours de la carence C, surtout pendant sa deuxième phase : l'insuffisance en vitamine C détermine donc un hyperfonctionnement médullaire, alors qu'elle provoque un hypofonctionnement cortical. C'est un exemple très net des déséquilibres complexes engendrés par une vitaminisation déficiente.

Les modifications de l'excitabilité nerveuse périphérique sous l'effet d'actions pharmacologiques localisées au cortex cérébral. — M. et Mme A. Chauchard et M. P. Chauchard ont constaté que le changement d'excitabilité qui résulte de l'application d'un excitant ou d'un dépresseur nerveux sur la zone motrice corticale se transmet au neurone moteur périphérique comme quand le toxique atteint l'ensemble des centres nerveux. Il ne s'agit cependant pas d'une influence directe de neurone à neurone, le phénomène nécessitant l'intervention du centre régulateur des aiguillages nerveux (système cervelet-noyau rouge).

Effets de l'ingestion de caséine et du régime déchloruré suivi de rechloruration sur certains œdèmes par

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

carence alimentaire. — MM. H. GOUNELLE, R. MANDE, M. BACHET et J. MARCHE ont vu l'œdème de carence rétrocéder considérablement et même disparaître après un régime déchloruré, mais reparaître lorsque le sel est à nouveau ajouté à la ration. L'adjonction de caséine, même aux doses importantes de 150 grammes par jour pendant un mois, n'influence pas notablement l'œdème, alors même qu'elle ramène les protides du sang à leur taux normal.

Séance du 8 *novembre* 1941.

Les lésions du tronc cérébral dans l'amyotrophie Charcot-Marie. — MM. G. GUILLAIN, I. BERTRAND et J. PITON ont vu que le processus de dégénérescence médullaire à prédominance postérieure de l'amyotrophie Charcot-Marie se prolonge à travers le tronc cérébral en s'atténuant progressivement dans le mésocéphale. Il existe ainsi des analogies lésionnelles indiscutables, à l'intérieur du tronc cérébral, avec la maladie de Friedrich, autre affection héréditaire et familiale.

Sur le taux actuel de la phosphatidémie. — MM. F. COSTE, A. GRIGAUT et P. CAPRON attribuent aux restrictions l'abaissement actuel du taux du phosphore lipidique et du taux des phosphatides du sérum qu'ils ont constaté chez la plupart des sujets. A cet abaissement des phosphatides « fonctionnels » ou « métaboliques », qui jouent un rôle important dans le métabolisme des graisses, s'oppose la stabilité des phospholipides des hématies, qui rentrent dans la catégorie des phosphatides « constitutifs » et qui ne paraissent pas subir de baisse malgré les restrictions.

F.-P. MERKLEN.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — M. Deprecq, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Pharmacie de Bordeaux. — Le Dr F. Dupire, d'Hasnon (Nord).

MARIAGE. — Mlle Nicole du Pasquier, fille du Dr E. du Pasquier, avec M. Guillaume Teyssonnière de Gramont.

NAISSANCES. — Le Dr et Mme G. Bardon font part de la naissance de leur fils Christian. — Le Dr et Mme J. Timbal font part de la naissance de leur fils Louis. — Le Dr et Mme A. Alibert font part de la naissance de leur fille Marguerite. — Le Dr et Mme Avrilleaud font part de la naissance de leur fille Marguerite-Marie. — Le Dr et Mme Souchère font part de la naissance de leur fille Hélène.

SANTÉ PUBLIQUE

INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. — M. le Dr Schmutz, inspecteur de la Santé du Rhône, est nommé directeur régional de la Santé et de l'Assistance en résidence à Montpellier, en remplacement de M. le Dr Grenoilleau, appelé à d'autres fonctions.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Sont affectés comme médecins inspecteurs de la Santé : M. le Dr Fonroget (Pyrénées-Orientales). — M. le Dr Beckerich (Drôme). — M. le Dr Lamboley (Oise). — M. le Dr Kermabon, inspecteur adjoint du Morbihan, est affecté, à titre temporaire, au département de la Manche. — L'arrêté du 17 septembre 1941 portant affectation dans l'Oise de Mlle le Dr Solente, inspecteur adjoint du Calvados, est rapporté.

Recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé. — Un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé aura lieu le 10 février 1942.

Les épreuves auront lieu simultanément à Paris et dans des centres de la zone non occupée qui seront désignés ultérieurement.

Le nombre des places mises au concours est fixé à vingt-huit.

Le concours est réservé aux candidats du sexe masculin, sous réserve des dérogations prévues par le règlement du concours en faveur des candidates ayant exercé, à titre temporaire, les fonctions d'inspecteur ou d'inspecteur adjoint de l'hygiène ou de la santé.

Recrutement d'inspecteurs adjoints des services de l'Assistance. — Un concours pour le recrutement d'inspecteurs adjoints des services de l'Assistance aura lieu le 17 février 1942.

Les épreuves auront lieu simultanément à Paris et dans des centres de la zone occupée qui seront désignés ultérieurement.

Le nombre des places mises au concours est fixé à sept.

Le concours est réservé aux candidats du sexe masculin sous réserve des dérogations prévues par le règlement du concours en faveur des candidates ayant rempli les fonctions de sous-inspectrices de l'Assistance publique, d'inspectrices adjointes de l'Enfance ou d'inspectrices adjointes des services de l'Assistance.

Les dossiers de candidatures pour ces deux concours seront reçus jusqu'au 25 janvier 1942, au secrétariat d'État à la Famille et à la Santé :

Pour la zone non occupée : services du personnel, du budget et de la comptabilité, premier bureau, hôtel Radio, à Vichy (Allier) ;

Pour la zone occupée : services du personnel, du budget et de la comptabilité, premier bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris (XVIIe).

Pour tous renseignements complémentaires sur les conditions d'admission, les pièces à fournir et le programme des épreuves, s'adresser aux services ci-dessus indiqués.

INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE. — Le *Journal officiel* du 6 décembre publie un décret créant un Institut national d'Hygiène.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr Donzelot, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, a été nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur titulaire de la chaire de clinique cardiologique de cette Faculté.

M. Max Jayle, agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est, à titre exceptionnel, pérennisé dans ses fonctions, à compter du 1er octobre 1941.

Session complémentaire d'examens. — Une session complémentaire d'examens aura lieu du 5 au 10 janvier prochain. Cette session *est strictement réservée aux étudiants*

NOUVELLES *(Suite)*

démobilisés ou libérés qui, uniquement du fait de leurs obligations militaires, n'ont pu bénéficier, en 1940-41, que d'une seule session d'examens. Les étudiants absents, pour quelque raison que ce soit, à l'une des deux sessions ou ceux libérés des camps de jeunesse ou y accomplissant leur stage ne peuvent être autorisés à prendre part à la session ci-dessus.

Prix à décerner au titre de 1940. — Ces prix sont destinés à récompenser des travaux scientifiques, thèses, etc. Ce sont :

Prix Barbier, 3 000 francs. — Prix Bernhaim, 800 francs. — Prix Chateauvillard, 3 000 francs. — Prix Déroulède, 900 francs. — Prix Desmazes, 1 600 francs. — Prix Léon-Frey, 5 000 francs. — Prix Gérard-Martinet, 2 500 francs. — Prix Jeunesse, 2 500 francs. — Prix Legroux, 2 000 francs. — Prix Léri, 1350 francs. — Prix Lévy-Franckel, 1 200 francs. — Prix Monthyon, 2 300 francs. — Prix Rigout, 800 francs. — Prix Segond, 5 500 francs. — Prix Sicard, 30 000 francs.

Les demandes doivent être établies sur papier timbré à 6 francs et accompagnées de deux exemplaires du travail ou de l'appareil à récompenser et ne seront acceptées que jusqu'au 15 avril 1942, dernier délai.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Janot, maître de conférences à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé professeur de pharmacie galénique à cette même faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AIX-MARSEILLE. — M. Poinso, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique.

M. le Dr Jacques Dor, agrégé institué, est nommé agrégé (section de chirurgie) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille.

M. le Dr Maurice Recordier, agrégé institué, est nommé agrégé (section de médecine) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille.

Institut de médecine et de pharmacie coloniales de Marseille. — La session 1942 commencera le lundi 5 janvier 1942 pour l'enseignement médical et le lundi 26 janvier 1942 pour l'enseignement pharmaceutique.

Les examens en vue de l'obtention des diplômes de médecine coloniale et de pharmacie coloniale commenceront le 25 février 1942.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Yves Lemaître, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, est provisoirement chargé de l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie.

M. Monnet, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger, est chargé provisoirement du service de la chaire de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Lamarque, professeur de radiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, a fait, le jeudi 4 décembre, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, une conférence sur l'*historadiographie*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Dubois, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, admis à la retraite, est nommé doyen honoraire de ladite faculté.

MM. Vallée et Carrière, professeurs de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, admis à la retraite, sont nommés professeurs honoraires de ladite faculté.

M. le Dr Auguste, agrégé libre, est nommé professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Santy, professeur de chirurgie opératoire à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale.

M. Rochet, agrégé libre de chirurgie, est chargé, pour le deuxième semestre 1941-1942, d'un cours d'anatomie médico-chirurgicale.

M. Dechaume a été nommé professeur de pathologie générale et thérapeutique à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

M. Rhenter a été nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La démission de M. Euzière, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est acceptée à compter du 1er décembre 1941.

M. Giraud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, pour une période de trois ans, doyen de cette faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. Pierre Fabre, agrégé, est chargé, à titre provisoire, de l'enseignement de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

M. Boularan, agrégé, est chargé provisoirement de l'enseignement de la chaire de clinique chirurgicale et gynécologique à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Girard, professeur suppléant de pathologie et clinique médicale, est chargé du service de la chaire de clinique médicale.

M. Hautefeuille, professeur de pathologie interne, est chargé, pour 1941-1942, du service de la chaire de clinique médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Bigot, professeur de clinique et pathologie médicale, et M. Germain, professeur suppléant d'histoire naturelle, sont prorogés pour un an.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Sont renouvelés pour 1941-1942 les cours et travaux pratiques suivants : M. Blanc, professeur à la Faculté des sciences, physique ; M. Chauvenet, professeur à la Faculté des sciences, chimie ; M. Audigé, professeur à la Faculté des sciences, histoire naturelle ; M. Em. Danjou, pharmacie et matière médicale ; M. Lebailly, bactériologie ; M. Pierre Danjou, toxicologie ; M. Guibé, assistant, zoologie, cryptogamie ; M. Bonnet, professeur, anatomie (pour les sages-femmes) ; M. Costy, physique et chimie ; M. Pierre Danjou, pharmacie ; M. Meyrenneuf, travaux pratiques d'anatomie ; M. Desbouis, professeur, physiologie ; M. Feutry, physique et chimie ; M. Lebailly, bactériologie ; M. Meslin, assistant, botanique, histoire naturelle.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Arviset, professeur suppléant d'anatomie et physiologie, est prorogé pour un an.

M. Bugnon, professeur à la Faculté des sciences, est chargé des fonctions de professeur suppléant.

Sont renouvelés pour 1941-1942 les cours de MM. Denis, parasitologie ; Pichat, bactériologie ; Bizot, pharmacie et matière médicale ; Vuillaume, chimie.

Sont chargés pour 1941-1942 des chefferies de travaux : MM. Quanquin, physiologie ; Arsiset, anatomie ; Arnal, histoire naturelle.

Sont chargés des fonctions de chefs des travaux : Mlle Berthier et M. Amiot, assistants à la Faculté des sciences.

M. Bizot est nommé professeur titulaire de pharmacie et matière médicale.

NOUVELLES *(Suite)*

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Sont renouvelés pour l'année 1941-1942 les cours et travaux pratiques suivants :

MM. Latreille, professeur, cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile ; Roget, professeur suppléant, cours complémentaire de clinique médicale infantile ; Carraz, chargé de cours complémentaire de parasitologie ; Massot, chef de travaux, cours complémentaire de chimie médicale ; Contamin, professeur suppléant, travaux pratiques d'anatomie ; Flandrin, médecin chef des hôpitaux, travaux pratiques d'histologie ; Perrin, chef de travaux à la Faculté des sciences, physiologie et bactériologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Charruyer est nommé professeur titulaire de la chaire de physique à cette école.

M. Gérald est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie et toxicologie de cette école.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Latronche, professeur de clinique obstétricale et gynécologique, retraité.

Sont renouvelés pour 1941-1942 les cours et travaux pratiques : MM. Borrell, chef de travaux, anatomie et histologie ; Bregeon, chef de travaux, anatomie pathologique ; Luce, chef de travaux, physique ; Bodroux, chargé de cours, chimie biologique ; Chatenet, chargé de cours, chimie ; Fumeau, chef de travaux, bactériologie et parasitologie ; Lafond, chef de travaux, chimie.

M. Duchaigne est provisoirement chargé de la suppléance d'histoire naturelle et de chef de travaux pratiques (M. Michon, prisonnier).

M. Guillaud-Vallée est provisoirement chargé des fonctions de suppléant d'anatomie et physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Billard (Jean) est nommé professeur de clinique chirurgicale à cette école, en remplacement de M. Lardennois (Henry), admis à la retraite.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. Guerbet est chargé, pour 1941-1942, du service de la chaire de bactériologie.

Mme Duval est chargée, pour 1941-1942, du cours de physique médicale.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — **Concours d'agrégation de médecine.** — Un concours pour une place d'agrégé de médecine aura lieu à la Faculté libre de médecine de Lille en octobre 1942. La date exacte et les délais d'inscription seront précisés ultérieurement. Le règlement du concours a été publié dans le *Journal des sciences médicales de Lille* du 18 mars 1934, p. 244.

Avant toute inscription, il est indispensable d'obtenir l'agrément de Mgr le Recteur.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Institut catholique, rue François-Baes, à Lille.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — **Prix décernés en 1941** — PRIX DU PRINCE ALBERT Ier DE MONACO. — M. le professeur Ambard.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — MM. les Drs Jeanneney et Castanet.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY. — Mme le Dr Lucienne Vannier (sœur Marie-Claire de la Providence).

PRIX APOSTOLI. — M. le Dr André Djourbo.

PRIX ARGUT. — M. le Dr J. Lacorne.

PRIX AUDIFFRED. — L'Académie accorde les arrérages de ce prix à Mme le Dr Spriet-Longaux et MM. les Drs Gernez, Duret, Peltier.

PRIX BARBIER. — M. le Dr Jean-Marie Inbona.

Les arrérages du PRIX BERRAUTE. — M. le Dr Carlos Botelho.

PRIX BOGGIO. — M. le professeur Saenz.

PRIX BOUCHET-RENAULT. — Mme Limanovska et Mlle Amichaud.

PRIX BOURCERET. — M. le Dr Bareton.

PRIX BUIGNET. — M. le Dr Louis Gougerot.

PRIX CAILLERET. — M. le Dr Warembourg.

PRIX CAPURON. — M. le Dr H. Gaehlinger.

PRIX CHEVILLON. — M. le Dr Logeais. *(A suivre.)*

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

LE TRAITEMENT DES PNEUMONIES A PNEUMOBACILLES DE FRIEDLANDER PAR LE SILENAN (1)

FIEHRER (*Gazette des Hôpitaux*, an. 114, nos 59-60, 23-26, juillet 1941, p. 593) rappelle la gravité extrême de cette affection qui évolue presque toujours vers la mort ; il rapporte le cas d'un enfant de onze ans qui présenta, avec un état général très grave, une réaction méningée et des signes pulmonaires discrets du sommet droit. Au bout de quarante-huit heures, le syndrome respiratoire s'extériorise, en particulier expectoration sanglante, riche en pneumobacilles. L'état général est toujours très grave. Traitée par le Silenan-809 ou Camphosulfonate de sulfamide (4, puis 6 comprimés par jour), l'évolution fut écourtée et la guérison survint en quatre jours et demi. A ce propos Fiehrer fait le tableau de la maladie. Le microbe en cause se présente sous deux formes, dont le type S encapsulé est très virulent ; le tableau clinique est celui d'une pneumopathie à début brutal. L'état général est très grave, il n'y a pas d'herpès. Le syndrome physique est d'abord celui d'une condensation pseudo-lobaire, puis des râles de plus en plus humides apparaissent. En même temps survient une expectoration hémorragique typique, d'odeur fade, contenant de nombreux germes qui permettent de poser le diagnostic. L'évolution se fait le plus souvent vers la mort, quelquefois en deux ou trois jours, plus souvent en quelques semaines, par infection purulente diffuse du poumon ou avec abcès pulmonaire. La guérison est très rare, sauf avec la sulfamidothérapie, et le Camphosulfonate de sulfamide paraît le médicament de choix des pneumonies de Friedlander. Dans ce cas typique, cette thérapeutique a amené rapidement la guérison d'une pneumonie à pneumobacilles, au pronostic habituellement si sombre.

(1) Le Silenan est un produit des Laboratoires S. Couderc.

LE PROFESSEUR HENRI BÉNARD

MEMBRE DU COMITÉ DE RÉDACTION DU *PARIS MÉDICAL*

Le professeur Henri Bénard, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, accepte de faire partie de notre Comité de Rédaction, où il remplace notre ami si regretté le professeur Rathery.

Henri Bénard a été l'un des élèves les plus aimés du professeur Gilbert : sa place était donc toute désignée dans la direction de ce journal, où nous nous efforçons de continuer son œuvre. Il est l'ami très cher de beaucoup d'entre nous, l'élève de quelques-uns et le maître de quelques autres. C'est donc une grande joie pour moi de lui souhaiter, au nom du Comité de Rédaction entier, la bienvenue parmi nous : il nous apportera l'appui de sa haute culture, à la fois scientifique et médicale, en se chargeant particulièrement de la direction des numéros d'endocrinologie, de vitaminologie et de nutrition.

Paris médical, si éprouvé par la disparition prématurée de notre cher collègue Rathery, attend beaucoup de cette intime collaboration, dans l'esprit même, à la fois élevé et pratique, que Gilbert avait voulu lui imprimer.

P. C.

LES NOUVEAUX PROFESSEURS

LE PROFESSEUR PIERRE BROCQ

Par un vote unanime, la Faculté vient de choisir le chirurgien qui aura l'honneur de succéder à Pierre Duval dans le service de clinique thérapeutique chirurgicale. C'est toujours un honneur périlleux que d'accéder à une chaire qui fut illustrée de façon étincelante.



Le professeur Pierre Brocq.

La Faculté l'a fort bien compris en élisant Pierre Brocq. Cette élection consacre une très belle carrière de chirurgien et de biologiste, et cette carrière est loin d'être arrivée à son terme.

Interne de P. Thiéry, de P. Launay, de L. Ombrédanne, de F. Lejars et de P. Delbet, le professeur Pierre Brocq a eu la plus rapide et la plus brillante ascension universitaire et hospitalière. Aide d'anatomie en 1912, P. Brocq doit attendre la fin des hostilités pour être nommé prosecteur. Mobilisé le 4 août 1914, comme médecin auxiliaire au 7e régiment d'infanterie, il sert aux armées jusqu'en octobre 1919, et revient chevalier de la Légion d'honneur et titulaire de deux citations.

Prosecteur en 1919, chirurgien des hôpitaux en 1923, il est nommé agrégé en 1926, premier de sa promotion.

S'il est vrai qu'un maître entre tous marque habituellement le disciple d'une empreinte plus profonde, on peut, à ce titre, considérer P. Brocq comme le fils spirituel de F. Lejars. Il fut son assistant fidèle et il déploya, aux côtés de son patron, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, la plus belle activité.

Les sociétés savantes lui ont fait une place de choix. Secrétaire général pendant un temps de la Société de gynécologie et d'obstétrique, P. Brocq occupe aujourd'hui le siège de secrétaire général de l'Académie de chirurgie. Il suffit de rappeler que P. Lecène, R. Proust, L. Bazy ont successivement occupé ce poste pour témoigner de la valeur et de la signification de ce choix.

L'œuvre de P. Brocq est celle d'un chirurgien très complet. Clinicien averti, sa marque per-

LES NOUVEAUX PROFESSEURS *(Suite)*

sonnelle est une pondération louée par tous ceux qui ont bénéficié de son jugement. Ses disciplines d'opérateur reflètent un goût de la sécurité et de la perfection dans l'exécution qui explique la qualité de ses résultats. Une sagesse aussi intelligente n'exclut pas la hardiesse.

Ses travaux de chirurgie expérimentale en sont un garant très solide et très beau.

Qui ne connaît ses expériences visant à la reproduction sur l'animal des divers aspects de la pancréatite hémorragique de l'homme ? Avec Louis Morel, P. Brocq a prouvé le premier qu'à la condition d'opérer sur le pancréas en pleine activité sécrétoire on obtient à coup sûr les lésions glandulaires caractéristiques. Ses recherches expérimentales touchant l'avenir des greffes épiploïques libres et l'effet des rayons X sur le chimisme gastrique du chien montrent à quel point P. Brocq s'est intéressé à la physiopathologie et à la biologie.

La recherche originale n'a pas été l'unique expression de son labeur. Bien des mises au point concernant de grands problèmes de la pathologie chirurgicale et de la pathologie générale lui sont dus. Celles qu'il a consacrées à l'invagination intestinale, à la tuberculose utéro-annexielle, aux endométriomes sont toujours consultées avec fruit.

A louer le chirurgien en rappelant l'importance et la qualité de son œuvre, on ne donnerait qu'une face du portrait. P. Brocq, qui porte un nom déjà fameux dans la médecine française, car il est le neveu du célèbre dermatologiste, est homme de la plus parfaite courtoisie.

Et ceux qui sont sensibles au caractère policé ne manquent pas d'en être séduits.

Son amour de l'art est inscrit dans le cadre de sa vie privée. Il ne goûte pas seulement les belles choses, il aime aussi les beaux paysages.

Et c'est pour avoir vu le professeur P. Brocq, aux confins de la presqu'île de Crozon, apprécier les rives de notre Bretagne avec l'enthousiasme de nos peintres les plus savoureux que nous osons évoquer un excellent souvenir personnel.

R. Couvelaire.

LE PROFESSEUR E. DONZELOT



Le professeur Donzelot.

Atteint par la limite d'âge, en pleine activité, le professeur Laubry verra lui succéder, dans la chaire de clinique cardiologique, dont il fut le premier titulaire, son élève et son ami le professeur agrégé Donzelot.

Disciple de Vaquez, le nouveau professeur a porté sa curiosité scientifique sur les chapitres les plus divers de la pathologie cardio-vasculaire. Plusieurs d'entre eux lui doivent de remarquables apports.

S'agit-il des *troubles du rythme* ? Il n'est point de coin de ce vaste domaine qui n'ait retenu son attention et qu'il n'ait exploré par les méthodes les plus modernes. Deux livres condensent ses travaux à ce sujet : l'un sur la « tachycardie paroxystique », paru en 1916 ; l'autre sur les « troubles du rythme cardiaque », écrit en 1925, en collaboration avec son maître H. Vaquez.

Étudiant l'*infarctus du myocarde*, Donzelot en individualise cliniquement et électriquement la forme angineuse. Puis il montre qu'il s'agit là d'un syndrome myocardique et non coronarien. Le *primum movens*, en effet, est une crise vaso-motrice dont le point de départ se situe habituellement dans une lésion aortico-coronarienne, mais peut, dans certaines conditions, se trouver hors du cœur, dans les appareils pulmonaire, encéphalique, mésentérique.

Dans le cadre de l'*hypertension artérielle*,

LES NOUVEAUX PROFESSEURS *(Suite)*

Donzelot décrit le premier cas clinique de surrénalome hypertensif. Il étudie les modalités et le mécanisme des éclipses cérébrales au cours des poussées hypertensives. Il montre la part des endocrines dans la pathogénie des hypertensions artérielles. Il préconise la surrénalectomie dans leur traitement et analyse les résultats pratiques de ces interventions. En 1935, un livre sur la « tension artérielle et ses troubles » rassemble les données de ce problème.

Plusieurs travaux marquent le chapitre de l'*insuffisance cardiaque* : la forme lente de la défaillance du ventricule gauche, si fréquente chez les polyscléreux et hypertendus ; le « cœur camouflé des hypertendus » ; l'insuffisance auriculaire ; l'insuffisance cardiaque basedowienne, dont le nouveau professeur s'est attaché à montrer expérimentalement qu'elle était due à une fibrillation auriculaire sous la dépendance d'une sécrétion thyroïdienne viciée; l'insuffisance cardiaque myxœdémateuse ; et ce nouveau syndrome d'insuffisance cardiaque bronzée que constitue l'association d'une cirrhose pigmentaire, d'une déficience polyglandulaire et d'une défaillance myocardique.

Ajouterons-nous à ce bref résumé des travaux divers de pathologie et de thérapeutique cardio-vasculaire, entre autres ceux qui concernent l'infiltration novocaïnique des ganglions stellaires dans les syndromes angoreux et hypertensifs, dans la tachycardie paroxystique et l'œdème aigu récidivant, et jusqu'à cette récente communication avec Justin-Besançon, Cachera et Barbier sur les effets cliniques et biologiques de l'acétate de désoxycorticostérone dans un cas de maladie d'Addison ?

C'est plus qu'il n'en faut pour rappeler les étapes de cette brillante carrière, à laquelle une parfaite courtoisie et une élégance constante sont venues ajouter leur cachet particulier.

MAURICE BARIÉTY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROTECTION MÉDICALE DU TRAVAIL

ARTICLE PREMIER. — Afin de compléter l'action du service de l'Inspection du travail en vue de l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la protection de la santé des travailleurs, le secrétaire d'État au Travail est autorisé à recruter trois médecins inspecteurs généraux auxquels seront adjoints, dans la limite des crédits ouverts à cet effet, des médecins inspecteurs et inspectrices du travail chargés de missions de caractère temporaire.

ART. 2. — Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé des travailleurs au lieu de leur travail. Cette action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services médico-sociaux des établissements visés à l'article 65 du livre II du Code du travail.

L'activité des médecins inspecteurs s'étend, avec l'accord des administrations intéressées :

1° Aux services médicaux des organismes d'orientation, de formation et de reclassement professionnel ;

2° Aux services médico-sociaux qui pourront être créés dans les Offices du travail, en vue, notamment, du classement des travailleurs sans emploi.

Les médecins inspecteurs et inspectrices du Travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec ceux-ci à l'application de la réglementation relative à l'hygiène du travail. Ils doivent fournir au médecin inspecteur général duquel ils relèvent, ainsi qu'à l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre dans la circonscription duquel se trouve l'établissement ou l'organisme visité, le compte rendu des constatations faites au cours des visites, accompagné de leurs propositions. Ils adressent périodiquement au directeur régional de la Santé un rapport résumant leurs constatations. Ils travaillent en accord avec lui et en reçoivent des directives pour tout ce qui concerne les questions sanitaires d'ordre général.

ART. 3. — Les médecins inspecteurs généraux sont désignés par le secrétaire d'État au Travail, après accord du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé. Ils sont chargés, sous l'autorité du directeur du Travail, de coordonner et de contrôler l'activité des médecins inspecteurs et inspectrices du travail dans une région déterminée. Ils peuvent, en outre, être chargés, sur toute l'étendue du territoire, de missions spéciales se rattachant à la protection de la santé des travailleurs.

L'un des médecins inspecteurs généraux peut, tout en continuant d'assurer sa mission dans les conditions ci-dessus fixées, être chargé des fonctions de conseiller technique de l'Administration centrale pour tout ce qui touche à la protection médicale du travail et aux attributions des médecins inspecteurs du travail.

. . . .

ART. 4. — Il est institué auprès de la Direction du Travail un Comité permanent qui élabore la doctrine de la médecine du travail et fixe les règles générales d'action des médecins inspecteurs du travail.

Les membres de ce Comité sont nommés pour six ans par le secrétaire d'État au Travail, qui désigne parmi eux le président. Un tiers d'entre eux est désigné sur la proposition du secrétaire d'État à la Famille

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS *(Suite)*

et à la Santé (Secrétariat général de la Santé). Le directeur du Travail et le médecin inspecteur général qui serait éventuellement désigné comme conseiller technique font obligatoirement partie du Comité.

ART. 5. — Il est créé, au sein du Comité consultatif d'hygiène de France, une Section d'hygiène industrielle et de médecine du travail, composée de six à neuf membres nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé. La Section délibère sur toutes les questions d'ordre technique qui lui sont soumises par le secrétaire d'État au Travail et par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

ART. 6. — Les dispositions du Code du travail relatives aux pouvoirs et obligations des inspecteurs du travail sont étendues aux médecins inspecteurs et inspectrices et aux inspecteurs généraux du travail, à l'exception des dispositions de l'article 107 du livre II du Code du travail relatives aux procès-verbaux et de l'article 68 du même livre relatives aux mises en demeure.

En vue de la prévention des affections professionnelles, les médecins inspecteurs du travail sont autorisés à faire, aux fins d'analyse, tous prélèvements portant notamment sur les matières mises en œuvre et les produits utilisés.

. . . .

(*Journal officiel*, 20 novembre 1941.)

CRÉATION D'UN COMITÉ D'ORGANISATION DES MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES

ARTICLE PREMIER. — Il est institué, par application de la loi du 16 août 1940, un Comité d'organisation des maisons de santé privées de toutes catégories.

ART. 2. — Le Comité est chargé :

1° De donner des directives générales à l'en semble de ces établissements, qu'il devra recenser dans les trois mois à dater de la mise en vigueur du présent décret ;

2° D'étudier toutes les questions et de soumettre au Gouvernement tous projets concernant leur exploitation, notamment les modalités à prévoir pour leur classement, les conditions de leur installation et de leur fonctionnement ;

3° D'organiser, avec les services publics compétents, la répartition de tous objets, produits ou denrées nécessaires auxdits établissements.

Le Comité représente l'ensemble des établissements dans leurs rapports avec les pouvoirs publics et les organismes ou groupements de toute nature, français ou étrangers.

ART. 3. — Le Comité comprend hut membresi nommés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, qui désigne parmi eux un président responsable.

Les fonctions de commissaire du Gouvernement auprès du Comité sont exercées par le directeur de la Santé ou son représentant.

Le Comité ne peut valablement délibérer que si quatre membres au moins prennent part au vote. En cas de partage des voix, celle du président responsable est prépondérante.

En cas d'absence ou d'empêchement du président responsable, le commissaire du Gouvernement, agissant par délégation du secrétaire d'État, peut désigner un autre membre du Comité pour exercer, à titre temporaire, les fonctions de président responsable.

ART. 4. — Le Comité peut constituer, à titre permanent ou temporaire, des sections d'étude ou des commissions pour l'examen préalable des questions rentrant dans sa compétence.

Pour constituer sa documentation, il peut prescrire aux établissements visés à l'article premier ci-dessus les déclarations qui lui semblent indispensables et les soumettre à toutes enquêtes ou vérifications utiles.

ART. 5. — Le président responsable réunit le Comité, les sections d'étude ou les commissions quand il le juge nécessaire. Il peut convoquer aux réunions, à titre consultatif, toute personne dont l'avis ou le concours lui paraît utile.

Il est dressé procès-verbal des réunions tenues par le Comité. Les procès-verbaux sont communiqués au commissaire du Gouvernement, appuyés de l'avis du président responsable, chaque fois que les délibérations font apparaître des divergences de vues.

Les délibérations consignées dans ces procès-verbaux ne sont applicables qu'après visa du commissaire du Gouvernement ou, à défaut de ce visa, après un délai de quinze jours à compter de leur communication.

ART. 6. — Le président responsable, les membres du Comité ou des commissions, ainsi que leurs collaborateurs, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du Code pénal.

ART. 7. — Le Comité d'organisation est doté de la personnalité civile. Il est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par son président responsable, qui peut déléguer à tel mandataire de son choix tout ou partie des pouvoirs qu'il tient du présent article. (*Journal officiel* du 4 décembre 1941.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 9 décembre 1941.

Présidence de M. SERGENT, président.

Rapport général sur les prix décernés en 1941, par M. GEORGES BROUARDEL, secrétaire annuel.

Discours de M. ACHARD, secrétaire général, sur le *Progrès en médecine et l'organisation du travail scientifique.*

Le discours de M. Achard répond aux plus pressantes préoccupations de l'heure présente. Avec une haute élévation de pensée, il définit d'abord son sujet :

« Le progrès, en matière de science, et le progrès en médecine, que j'aurai, ici, particulièrement en vue, consiste en des découvertes et des applications de ces découvertes. Il ne s'acquiert que p .r le travail. Organiser le progrès, ou moins ambitieusement organiser les conditions propres à faire naître découvertes et applications, cela revient donc à organiser le travail. »

Après avoir montré qu'il est parfois malaisé de distinguer l'invention de la découverte et de séparer l'application pratique de la découverte théorique, M. Achard déclare que « la découverte ne se fait pas sur commande » ; plus loin, il ajoute : « La découverte exige de la patience, c'est-à-dire du temps... C'est parfois le travail d'un autre savant et portant sur un autre point de la science qui vient illuminer soudain la pensée qui hésitait dans l'ombre des observations incomplètes et insuffisamment articulées... » A ce propos, M. Achard rappelle les conséquences de la communication de Davaine sur le charbon. Il ajoute que « sans les travaux de Pasteur sur les fermentations microbiennes, qui ont fécondé les observations de Davaine, la découverte du premier microbe pathogène pour l'homme fût restée peut-être longtemps encore dans les limbes... »

Après de nombreux exemples puisés dans l'histoire de la médecine internationale, l'orateur étudie la formation des travailleurs. « Leur recrutement n'est pas toujours aisé en ce qui concerne non le travail manuel du laboratoire et l'exécution des techniques, mais la recherche. Pour le chercheur une qualité est indispensable : la curiosité scientifique ; une autre est bien nécessaire : le sens critique... »

M. Achard étudie alors les organismes qui ont la charge de former les travailleurs, les Facultés et les Écoles. Il voudrait voir diminuer le nombre des chaires magistrales, il signale l'économie qui pourrait résulter de la réduction des chaires qui, à la Sorbonne, à la Faculté, au Collège de France, au Muséum, font souvent double emploi. Le regroupement des laboratoires s'impose pour la même raison, surtout à une époque où il faut faire tant d'économies.

Les relations intellectuelles entre les peuples sont une chose désirable ; elles doivent permettre le travail en commun. Les relations peuvent s'établir par les échanges de professeurs, par les congrès, par les publications faites par les travailleurs de diverses nations. Et M. Achard trace un rapide exposé de l'avenir qui paraît réservé aux pulications médicales.

Poursuivant son exposé sur un plan plus élevé, l'orateur, dit en terminant :

« En somme, pour les relations scientifiques entre les nations, l'esprit de communauté internationale devrait se substituer à l'esprit de communauté nationale ou, du moins, le dominer. Les chercheurs, qui sont si nécessaires à la pratique de la médecine, puisque c'est la science désintéressée qui nourrit cette pratique, auraient l'impression qu'ils ne sont pas isolés ; une sorte d'esprit de corps se développerait en eux dans les divers pays. Dans ces relations bien organisées, où rivalité se dit émulation, où conquête signifie du bien acquis pour tous, se confronteraient les résultats et se rapprocheraient les idées inspiratrices des actes. Ce serait un puissant moyen d'union entre les peuples et leurs élites rituelles... »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 décembre 1941.

Sur un cas de pycnolepsie. Action du sopochloralose. Constatations électro-encéphalographiques. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, JEAN DELAY, DURAND et FOUQUET rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans atteint depuis une dizaine d'années d'absences d'une durée de quelques secondes, accompagnées de crises oculogyres et se produisant avec une fréquence remarquable et constante de vingt-cinq par jour. Ces crises pycnoleptiques ne s'accompagnaient d'aucune manifestation convulsive, d'aucun trouble intellectuel ou caractériel de la série comitiale, et n'étaient influencées par aucune des thérapeutiques anti-épileptiques.

L'ingestion de scopochloralose démontra le caractère incontestablement épileptique de ces manifestations. Elle détermina pendant plusieurs heures un état de mal pycnoleptique avec absences et crises oculogyres se produisant environ toutes les trente secondes. Au cours de ces accès, on constatait une vague hypertonique, de petites secousses cloniques des deux pouces, une exagération des réflexes tendineux avec signe de Babinski bilatéral. Tous ces signes apparaissaient en même temps que la crise oculogyre et disparaissaient avec le retour à la conscience.

Des enregistrements électro-encéphalographiques furent faits pendant toute la durée de l'épreuve au scopochloralose. Ils montrèrent l'existence de crises bio-électriques se superposant exactement dans le temps aux crises cliniques, et caractéristiques de l'épilepsie mineure : modifications de fréquence (rythme de trois par seconde), d'amplitude (passant de 30 microvolts à 800 microvolts) et de forme (chaque onde se composant d'une coupole et d'un minaret) du rythme électrique du cortex cérébral.

Là où toutes les thérapeutiques anti-épileptiques habituelles avaient échoué, un traitement par l'association du di-hydantoïnate de soude et du sulfate de

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

benzédrine se montra efficace, faisant tomber le rythme des crises de vingt-cinq à cinq par jour.

Leucémie myéloïde avec glycosurie et hyperglycémie par thrombose des vaisseaux pancréatiques et altération consécutive des îlots de Langerhans. — M. LOEPER rapporte l'observation d'un leucémique chez qui une forte glycosurie avec hyperglycémie accentuée céda aux séances de radiothérapie. Le malade succomba au bout de deux ans après avoir présenté un gonflement très douloureux du foie et de la rate lié à des infarctus. A l'autopsie, le pancréas était très volumineux et on y constatait de multiples thromboses vasculaires à prédominance veineuse. Ces thromboses avaient entraîné des altérations profondes des îlots de Langerhans, responsables des troubles du métabolisme glucidique.

L'hyperalbuminose du sérum au cours de la leucémie myéloïde ; son augmentation sous l'influence de la radiothérapie. — M. LOEPER rappelle que, chez les leucémiques, on trouve un taux important d'albumines sériques, en rapport avec la destruction des leucocytes. Chez un malade, il a vu, sous l'influence de la radiothérapie, s'élever progressivement le taux des albumines totales, en même temps que s'abaissait le chiffre des globules blancs. Parallèlement, on notait une augmentation des bases aminées du sérum et un taux d'histamine sanguine à 4,9 milligrammes p. 1 000 qui coïncident avec des manifestations prurigineuses.

Séance du 12 décembre 1941.

Action du citron sur le syndrome ascitique des cirrhotiques. — MM. LÉON BINET et P. TANRET rapportent 4 observations cliniques de cirrhose avec ascite dans lesquelles la cure de citron a donné de bons résultats : les auteurs conseillent l'absorption de trois à quatre citrons par jour (absorption du jus, ingestion du zeste) ; on observe, après deux ou trois semaines de traitement, une élévation de la diurèse, un arrêt du processus ascitique et la résorption progressive de l'ascite.

Ces faits peuvent s'expliquer par la présence, dans le citron, et de l'acide ascorbique et de l'hespéridine, celle-ci jouant sur la perméabilité cellulaire et augmentant l'efficacité de l'acide ascorbique.

M. FLANDIN rappelle que, depuis 1905, les médecins allemands envoient empiriquement les uricémiques et les cirrhotiques faire des cures de citron sur les bords des lacs italiens.

M. LOEPER pense qu'il serait intéressant d'étudier l'action du citron sur les fonctions hépatiques.

Sur le traitement des ascites cirrhotiques par le jus de citron. — M. LÆDERICH apporte à l'appui de la communication de MM. Binet et Tanret 3 observations d'ascites cirrhotiques remarquablement influencées par l'absorption quotidienne de citrons. Dans 2 cas, notamment, il s'agissait de cirrhoses graves, à ascite intarissable depuis des mois, à volumineux œdèmes des membres inférieurs ; l'administration de citron amena rapidement une diurèse abondante et la résorption progressive des œdèmes et de l'ascite. Les courbes des urines, des poids et des ponctions montrent avec évidence l'action diurétique qui s'est déclenchée en quelques jours et a persisté des semaines après la cessation du médicament.

Les quelques essais de cette médication tentés sur des œdèmes cardio-rénaux n'ont, au contraire, donné jusqu'ici aucun résultat encourageant.

Il ne semble pas que l'action diurétique du citron chez les cirrhotiques soit attribuable à l'acide ascorbique, car l'auteur n'a pas obtenu pareil effet avec ce produit, même à hautes doses.

L'action du citron sur les ascites cirrhotiques n'est certainement pas constante ; l'avenir dira si elle est plus fréquemment heureuse que celle de la diathermie.

Deux cas de mononucléose infectieuse récidivante. — M. J. MALLARMÉ, à propos de 2 observations, remarque une évolution peu banale de la mononucléose infectieuse (adénolymphoïdite subaiguë bénigne) : les récidives.

La première observation concerne une jeune fille de vingt-neuf ans ayant présenté, fin août 1939, une mononucléose avec angine, fièvre, multi-adénopathies, grosse rate, douleurs osseuses ; mononucléose très importante dans le sang ; réaction de Paul et Bunnel totalement positive.

Après quinze jours, guérison totale, régression de la mononucléose, revenue à son chiffre normal au bout d'un mois. Un an plus tard, en septembre 1940, reprise de troubles semblables à la première maladie, disparaissant de la même manière, l'hypermononucléose en un mois et demi. Mais, en septembre 1941, pour la troisième fois, nouvelle poussée atténuée et écourtée.

La deuxième observation a pour objet une mononucléose à type d'ictère fébrile splénomégalique aigu, évoluant fin mai 1939, accompagné d'une forte mononucléose, d'une réaction de Paul et Bunnel totalement positive. Elle dure quinze jours, régresse et guérit complètement, l'hypermononucléose revenant lentement à la normale, dix mois plus tard. En juin 1940, on observe un deuxième épisode identique au premier, mais plus rapidement résolu.

En juin 1941, un troisième épisode se traduit de la même manière, avec la même évolution curable. Actuellement, la mononucléose excessive persiste encore.

En résumé, ces deux observations, celles de deux mononucléoses infectieuses indiscutables, sont remarquables par les récidives doubles qu'elles ont présentées l'une et l'autre, et respectivement du même type que la maladie initiale. Chaque récidive, en effet, reproduit fidèlement le tableau primitif, la dernière cependant en l'atténuant.

Elles sont remarquables aussi par ce fait que les récidives se sont produites après le même intervalle de temps : juste un an. Dans la première observation, la maladie se manifeste à la fin de l'été les trois fois.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

Dans la deuxième observation, au printemps les trois fois.

Troubles graves de la conduction auriculo-ventriculaire avec périodes de Luciani-Wenckebach au cours d'un syndrome malin tardif de diphtérie. — MM. P. Giraud, J. Sanez et A. Orsini (de Marseille) relatent l'observation d'une enfant de quatre ans qui présenta tardivement, en coïncidence avec l'évolution d'un syndrome malin polynévritique, un assourdissement des bruits du cœur. L'électrocardiogramme montra d'abord un allongement progressif de l'espace PR, puis des périodes de Luciani-Wenckebach, enfin une dissociation auriculo-ventriculaire complète. La guérison totale survint cependant. Les auteurs insistent sur la forme des troubles électrocardiographiques, le moment d'apparition de ces troubles, la valeur d'une azotémie peu élevée comme élément de bon pronostic, l'heureuse action thérapeutique de la strychnine administrée à hautes doses malgré l'apparition d'une crise tétaniforme grâce à l'adjonction quotidienne de gardénal.

Maladie d'Addison traitée par l'implantation souscutanée de comprimés d'acétate de désoxycorticostérone. — MM. M. Bariéty, A. Hanaut, Léger, H. Bricaire et L. Gougerot présentent une malade de trente-neuf ans atteinte de maladie d'Addison typique et grave qui fut remarquablement stabilisée par l'injection intramusculaire quotidienne de 10 milligrammes d'acétate de désoxycorticostérone. Après dix semaines de ce traitement, on implanta dans le tissu cellulaire sous-cutané des deux régions sous-épineuses 16 comprimés contenant au total 2 grammes d'acétate de désoxycorticostérone. En tenant compte des équivalences avec la ration d'entretien intramusculaire, cette dose d'hormone devrait être théoriquement suffisante pour assurer seule la stabilité de la malade pendant dix mois.

Durant les sept jours qui ont suivi l'implantation, un léger fléchissement s'est marqué dans l'état général. Mais, depuis trois semaines, l'amélioration se maintient aussi nette qu'au cours des injections intramusculaires. Une plus longue observation est cependant nécessaire pour apprécier exactement la valeur de ce nouveau mode d'administration de la cortine synthétique.

Jean Lereboullet.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1941.

A propos du procès-verbal. — En matière de radiologie dans l'iléus biliaire, M. Huet pense qu'on doit

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

considérer deux ordres de signes : des signes directs de vision du calcul ne pouvant être obtenus qu'après un repas opaque qui n'est pas sans inconvénients ; cependant, lorsqu'il n'existe pas d'autres signes nets, les avantages de cette méthode doivent l'emporter sur ses dangers problématiques ; des signes indirects, d'autre part, signes de fistule bilio-digestive témoignant du passage du calcul dans l'intestin, en particulier pneumocholécyste ou reflux d'un repas opaque vers la vésicule.

Récidive d'un kyste hydatique quinze ans après la première opération. — M. ROBERT DUPONT. — M. BARBIER rapporte cette observation où il semble qu'il s'agissait en fait d'un kyste méconnu à la première intervention à cause de son évolution retardée.

M. ROBERT MONOD a observé un cas semblable.

Sur le traitement des fractures du col du fémur (Conclusion de la discussion). — M. MERLE D'AUBIGNÉ rappelle que les causes d'échec sont de deux ordres : d'ordre mécanique d'une part, et dans ce domaine des progrès ont été réalisés, d'autres le seront encore ; d'ordre biologique par ailleurs, et là il semble que le matériel métallique de synthèse n'est pas étranger à certaines nécroses céphaliques : mais il existe des aciers spéciaux qui donnent, à ce point de vue, beaucoup plus de sécurité que les aciers inoxydables banaux de l'industrie.

L'arthrectomie dans les arthrites purulentes du genou par blessures de guerre (Rapporteur M. SAUVÉ). — M. ROBERT DIDIER a obtenu de bons succès par une incision en U suivie de patellectomie et synovectomie avec large drainage antérieur.

M. PICOT estime que le lambeau en U n'est pas sans inconvénients. Il pense, d'autre part, que la résection économique est supérieure au procédé préconisé par M. Didier.

Infarctus étendu du grêle guéri par injection d'adrénaline (Rapporteur M. SICARD). — M. AUMONT (Versailles), dans un cas typique d'infarctus intestinal, a pratiqué une laparotomie après injection de sérum adrénaliné. Il existait bien une zone intestinale infarcie ; une simple injection d'un milligramme d'adrénaline détermina une revitalisation intestinale progressive et rapide. Guérison simple en quinze jours.

MM. A. SICARD et CHAMPEAUX ont également observé récemment une action nette de l'adrénaline dans un cas d'infarctus intestinal.

(Suite page IX.)

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1941 (suite).

Lésions bénignes du sein et cancer. — M. HARTMANN rappelle l'existence des épithéliomas enkystés simulant l'adénome ainsi que les cas de cancer évoluant sur des tumeurs fibro-kystiques primitivement bénignes. Il insiste sur la grande difficulté de diagnostic dans les tumeurs du sein et sur la prudence qui doit inspirer la ligne de conduite.

M. ROUHIER s'élève contre l'énucléation simple des tumeurs bénignes.

M. DESMAREST attache une certaine importance à la diaphanoscopie pour le diagnostic entre le cancer et les lésions de mammite. Il pense par ailleurs que l'hyperfolliculinémie n'est pas étrangère à nombre de tumeurs bénignes du sein.

M. BRÉCHOT attire l'attention sur les cancers du sein évoluant après ablation de noyaux de mammite chronique.

M. SAUVÉ pense que, sans examen histologique, on ne peut jamais affirmer la bénignité d'une tumeur du sein.

M. MOULONGUET, suivant l'opinion de LECÈNE, ne considère pas systématiquement la maladie de Reclus comme un état précancéreux. En cas de coexistence d'une dysmastie et d'un cancer, M. Moulonguet pense que le cancer est la lésion primitive et détermine autour de lui des phénomènes réactionnels.

M. BROCQ, se basant sur son expérience personnelle, estime que l'on doit être très prudent en matière de tumeurs du sein.

M. LENORMANT partage la même opinion et rappelle qu'à côté des cancers encapsulés on trouve parfois des adénomes bénins imparfaitement encapsulés.

M. HARTMANN pense qu'il est prudent d'opérer les maladies de Reclus fibro-kystiques après quarante ans.

Séance du 19 novembre 1941.

A propos du procès-verbal. — En matière de tumeurs du sein, M. AUVRAY estime que la plus grande prudence est de mise. On doit être large dans les interventions et ne pas hésiter, bien souvent, à faire une amputation d'emblée dans les cas où existe cliniquement un doute, surtout chez des femmes déjà âgées.

M. MONDOR (en collaboration avec Mlle GAUTHIER-VILLARS) a réuni une importante série de tumeurs du sein, parmi lesquelles il note neuf cas de lésions associées. Pas ailleurs, il ne semble pas que la dégénérescence maligne de la maladie de Reclus soit aussi fréquente qu'on le dit souvent.

A propos de la tolérance de l'os vis-à-vis des corps étrangers métalliques (rapporteur : M. MÉNÉGAUX). — M. MASMONTEIL a réuni cinq observations d'intolérance de l'os vis-à-vis du matériel de synthèse. L'auteur pense que les causes de cette intolérance tiennent surtout à l'absence de fixité rigoureuse du matériel et à la qualité du métal employé. Il semble très utile de n'user que d'aciers spéciaux et de pièces ayant subi un polissage rigoureux.

Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale rapide avec pinces à demeure. Une opération qui ne doit pas disparaître. — M. ROUHIER estime que l'hystérectomie vaginale rapide conserve, à l'heure actuelle, quelques indications précises : pour que les conditions soient réalisées, il faut des lésions isolées de l'utérus, un utérus petit et mobiler, enfin des voies d'accès larges et faciles. Ces conditions répondent en particulier aux malades saignées « à blanc » par un polype fibreux ou un petit fibrome très hémorragique. Le cancer du corps utérin au début peut bénéficier également de cette intervention rapide et peu choquante.

M. HARTMANN s'en tient aux conclusions de M. ROUHIER.

M. AUVRAY souligne l'intérêt de cette technique dans les infections puerpérales endo-utérines.

Sur quatre cas de plaies pelviennes avec lésions viscérales. — M. JEAN QUÉNU rapporte une observation de plaie du rectum sous-péritonéal par éclat d'obus guérie par débridement et simples pansements, ainsi que deux observations de plaies de guerre recto-vésicales avec corps étranger intravésical traitées avec succès par cystostomie sus-pubienne suivie d'ablation du corps étranger et de dérivation des urines par un tube de Marion. Ainsi, dans ces plaies rectales, avec ou sans lésions vésicales, lorsqu'elles ne sont pas immédiatement mortelles, il existe une tendance manifeste à la cicatrisation spontanée. La suture de la plaie rectale ne paraît pas avoir de grands avantages. La colostomie revêt des indications rares. Par contre, la cystostomie doit être pratiquée lorsqu'il existe une plaie vésicale.

Dans une quatrième observation de M. Quénu, il s'agissait d'une plaie pelvi-péritonéale par empalement avec association de six perforations sur une anse grêle et d'une plaie vésicale. Une laparotomie avec résection intestinale suivie de drainage et une cystostomie de dérivation permirent d'obtenir la guérison.

M. L. MICHON rapporte une observation de plaie recto-vésicale par éclat de bombe. Colostomie (M. Raoul Monod). Cystostomie secondaire de dérivation. Guérison.

M. SICARD a observé deux plaies rectales graves guéries par débridement et méchage sans colostomie de dérivation.

Cure radicale des éventrations post-opératoires par auto-étalement des muscles grands droits après incision du feuillet antérieur de leur gaine. — MM. H. WELTI et F. EUDEL exposent cette technique qui permet une réparation très satisfaisante sans qu'il soit besoin de reconstituer le feuillet antérieur de la gaine des droits.

M. JEAN QUÉNU rappelle les travaux de M. ÉDOUARD QUÉNU sur cette question.

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

M. Sénèque insiste sur la difficulté particulière de traitement des éventrations sus-ombilicales et se demande si ce procédé est toujours applicable dans ces cas.

M. Lenormant a toujours réparé les éventrations en se servant de l'étoffe fournie par la gaine des droits.

M. Bréchot agit de même.

M. Brocq pense que l'incision de la gaine des droits est de pratique courante dans la cure des éventrations. Il estime cependant que la reconstitution du feuillet antérieur de la gaine doit être faite toutes les fois qu'il est possible.

M. Welti pense, au contraire, que cette reconstitution ferait perdre de l'intérêt à cette méthode, car elle exposerait les sutures à une traction néfaste.

Séance du 26 novembre 1941.

A propos du procès-verbal. — Pour la cure des éventrations, M. Kuss suture toujours les bords internes des droits ; il le fait aussi après nombre de laparotomies, mais pense, contrairement à l'opinion de M. Welti, que le feuillet antérieur de la gaine doit être reconstitué dans tous les cas, car il s'agit d'un véritable tendon dont le rôle physiologique est bien déterminé.

A propos des plaies sous-péritonéales du rectum, M. Auvray rappelle qu'il avait publié naguère quatre observations de telles plaies vues tardivement (dix jours, douze jours, trois mois et dix-sept mois après la blessure). Après large nettoyage et libération de l'orifice de perforation suivis de décubitus ventral et de l'administration d'opiacés, les trois cas les plus récents ont guéri rapidement par cicatrisation spontanée.

Corps étranger du duodénum chez un nourrisson de six mois. — M. Loussot (rapporteur : M. Fèvre). — Il s'agissait d'une broche de six centimètres entrée ouverte et qui s'était logée, la pointe en haut, dans le 2e duodénum. Intervention au cinquième jour. Ablation. Guérison. A propos de cette observation, M. Fèvre expose son opinion sur cette question : l'intervention ne lui semble légitime qu'après essai d'une triple thérapeutique : absorption de queues d'asperges lorsque l'enfant n'est pas trop jeune, décubitus ventral, antispasmodiques.

M. Kuss apporte une observation personnelle.

M. Cadenat a eu l'occasion de remplacer les queues d'asperges par du coton trempé dans du lait, qui est accepté plus facilement par un enfant.

M. Mondor a observé un cas d'occlusion après absorption de queues d'asperges chez un malade porteur de hernie inguinale.

A propos de deux cas de tétanos « post abortum ». — M. Poilleux a réuni ces deux cas, qu'il traita par sérothérapie massive et hystérectomie subtotale, et qui furent tous deux mortels. A cette occasion, M. Gatellier, rapporteur, discute les indications de l'hystérectomie dans les accidents tétaniques *post abortum* : elle lui semble logique lorsqu'il s'agit d'accidents précoces, mais moins indiquée dans les accidents survenant tardivement.

M. Lenormant a observé récemment cinq cas de tétanos *post abortum* mortels. Il lui semble que l'hystérectomie doit être pratiquée dans les accidents tétaniques tardifs, seuls cas où elle ait quelques chances d'enrayer le mal.

M. Blondin a observé deux cas de tétanos *post abortum* en 1938, un cas récemment, tous mortels et semblant consécutifs à l'emploi de crayons de Chaumel.

M. Mondor, qui avait observé un cas mortel sur deux, a observé un nouveau cas mortel.

M. Desmarest a observé un cas où l'examen bactériologique a permis d'obtenir une culture pure de bacilles de Nicolaïer.

Péritonite « post abortum ». Septicémie à streptocoque hémolytique. Hystérectomie totale. Sulfamidothérapie intrapéritonéale. Guérison. — M. Guénin. — A cette occasion, M. Jean Gosset, rapporteur, expose les résultats des expériences de M. Nitti qui ont montré que la sulfamidothérapie intrapéritonéale avait une action à la fois rapide et énergique, mais passagère.

M. Soupault a fait effectuer des dosages dont les résultats concorderaient avec ces faits.

M. Basset a observé une amélioration sensible des suites opératoires immédiates par un large usage de la sulfamidothérapie intrapéritonéale.

M. Mondor a observé récemment deux cas de septicémies *post abortum*, l'une à colibacille, l'autre à *fundiliformis*.

M. Rouhier rappelle qu'il a rapporté avant la guerre deux cas de septicémie à colibacille.

Présentation de radiographies. — M. Richard.

Séance du 3 décembre 1941.

A propos du procès-verbal. — MM. Mondor et Claude Olivier déposent une observation de tétanos *post abortum* guéri.

Sur un cas de gangrène cutanée progressive de la paroi thoraco-abdominale, consécutive à une appendicectomie pour appendicite gangreneuse. — M. Relier (rapporteur M. Ameline). — Cette gangrène s'étendit progressivement jusqu'à atteindre la région mamelonnaire ; après essai de tous les traitements classiques, seule une exérèse large des tissus atteints permit d'obtenir la guérison, qui fut complétée ultérieurement par des greffes.

Hernies inguinales consécutives à l'appendicectomie. — M. Brette en a recueilli deux observations (rapport de M. Albert Mouchet).

Résultats du traitement chirurgical de 85 cas de cancer du col utérin. — M. Wilmoth rappelle d'abord les discussions de 1931 et 1932 sur le traitement des cancers du col. Il a pu réunir une série de 85 cas traités par colpo-hystérectomie très large. Comparant les résultats obtenus avec ceux que donne le radium, M. Wilmoth constate une supériorité de la curiethérapie. Malgré les larges interventions chirurgicales

qu'il pratique, il a observé dix récidives pelviennes.

M. MOCQUOT pense que la chirurgie conserve une place à côté du radium, en particulier dans les circonstances suivantes : difficulté d'application correcte du radium (atrésie vaginale), lésions annexielles, épithéliomas radio-résistants. Il lui semble qu'une bonne part des cancers au début ne peuvent pas être guéris par le radium : les échecs semblent dus principalement à l'envahissement ganglionnaire. D'autres facteurs jouent : l'âge de la malade, la forme macroscopique.

M. ROBERT MONOD a pu réunir 84 cas traités par radiumthérapie et chirurgie associées.

M. MOULONGUET opère à nouveau la plupart des cancers bien limités à leur stade initial, ayant observé des échecs totaux et imprévisibles de la curiethérapie dans de tels cas.

M. WILMOTH conclut en constatant que la chirurgie paraît donc garder encore une certaine place dans le traitement du cancer du col.

Sur la gastrectomie totale. — MM. F. D'ALLAINES et JEAN RACHET apportent trois cas de cette intervention, concernant tous les trois des cancers, avec une mort et deux guérisons. Après une première intervention suivie d'échec avec désunion des sutures, M. d'Allaines mit au point différents détails de technique ; il pense que le premier temps, qui est essentiel, consiste à libérer l'œsophage. Il faut se rappeler la fragilité et la mauvaise vascularisation de l'œsophage ; pour soulager les sutures, trois précautions semblent très utiles : amener l'anse jéjunale au contact de l'œsophage à travers une brèche mésocolique, accoler l'anse à la coupole diaphragmatique, enfin pratiquer une jéjunostomie pour alimenter le malade au début. D'autre part, il y a intérêt à garder l'estomac comme tracteur pour le début des sutures.

Trois cas de gastrectomie totale. — M. LORTAT-JACOB (rapporteur M. PETIT-DUTAILLIS) a pratiqué cette intervention avec trois guérisons opératoires. L'auteur insiste sur la nécessité de ménager autour de l'œsophage une collerette fibro-séreuse qui réalise un moyen de suspension très efficace. Il pense, d'autre part, qu'il y a intérêt à éviter la jéjunostomie. Ceci peut être réalisé par l'introduction d'une sonde nasale dans l'œsophage avant l'intervention. Cette sonde étant amenée, au cours de l'intervention, dans l'anse jéjunale d'anastomose.

Présentation d'une pièce opératoire. — M. JEAN QUÉNU présente un sarcome de l'estomac.

Séance du 10 *décembre* 1941.

A propos de l'iléite terminale. — M. AMELINE et Mlle GAUTHIER-VILLARS ont observé un cas d'iléite terminale subaiguë. En l'absence d'examen radiologique par voie haute, le diagnostic porté avait été celui de tuberculose iléo-cæcale. Résection intestinale. Guérison. La lésion avait des limites linéaires nettes. Le mésentère présentait de l'endartérite.

Les fièvres post-opératoires. — M. JEAN GOSSET pense que l'on a trop tendance à attribuer aux fièvres post-opératoires une origine septique. Il se demande s'il ne faut pas étendre le cadre des fièvres post-opératoires aseptiques. Un même mécanisme semble pouvoir expliquer aussi bien les fièvres post-opératoires banales que les formes les plus graves du syndrome pâleur-hyperthermie. Il existe, dans nombre de ces cas, des troubles de la régulation thermique, et le centre de la régulation thermique ne semble pas unique, mais répond plutôt à une zone diffuse soumise à des influences diverses. La simple hypersécrétion d'adrénaline peut déterminer une vasoconstriction avec hyperthermie ; aussi paraît-il illogique de traiter un syndrome de pâleur-hyperthermie par l'adrénaline. M. Gosset insiste, au contraire, dans le traitement des fièvres post-opératoires aseptiques, sur les bienfaits de la réfrigération, de la carboxygénation. Il cite, en outre, deux observations de bons résultats obtenus par novocaïnisation du ganglion stellaire.

Reconstitution du massif facial inférieur. — M. GINESTET. — M. DUFOURMENTEL rapporte cette observation et présente à ce sujet quelques observations personnelles illustrées par un film cinématographique. La technique consiste à remplacer les parties molles par une bande prélevée sur le cuir chevelu. Celle-ci aura l'avantage de donner une barbe abondante constituée par les cheveux. Le massif osseux est reconstitué par l'enclavement d'un greffon prélevé sur le tibia.

A propos de la tolérance de l'os vis-à-vis des corps étrangers. — M. HEITZ-BOYER expose une technique de traitement sanglant des fractures qui lui a donné de très bons résultats. Après mise en place d'un réducteur-fixateur spécial, on ménage une tranchée latérale à cheval sur les deux fragments ; dans cette tranchée, on peut alors adapter un implant d'os mort (os de mulet) maintenu par de petits cerclages au catgut. On complète par l'adjonction de petits fragments ostéo-périostiques vivants au contact du foyer.

Présentation de pièce opératoire. — Fibrome nasopharyngien, M. TRUFFERT.

Élections pour l'année 1942. — Président : M. LOUIS BAZY, élu.

Vice-président : M. HEITZ-BOYER, élu.

JACQUES MICHON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 *novembre* 1941.

Association persistante, quoique réductible, du virus vaccinal et du virus herpétique. Action dissociante de la glycérine. — M. C. LEVADITI confirme que, sous l'influence de la glycérine tamponnée et à basse température, l'association du virus vaccinal et de l'ultragerme de l'herpès se dissocie au détriment du neurovaccin : le virus de l'herpès persiste dans le névraxe pendant au moins huit cent vingt-

SOCIÉTÉS SAVANTES *(Suite)*

neuf jours, alors que celui de la vaccine a disparu depuis longtemps. Cette dissociation s'effectue ainsi au détriment du composant dépourvu d'affinités électives innées pour les neurones, dont l'organotropisme névraxique a été créé de toutes pièces.

Effets de l'anesthésie du corpuscule carotidien sur l'électro-encéphalogramme humain. — MM. Ivan Bertrand, Jean Gosset, Lacape et Mme Godet-Guillain ont obtenu, par anesthésie du corpuscule carotidien, une baisse des potentiels, précoce et fugace, bilatérale, sans dérivation prédominante ; les ondes lentes sont à peine ébauchées en fin d'expérience ; la fréquence de l'onde α, augmentée dans quelques observations, reste généralement instable.

Il est vraisemblable que l'anesthésie carotidienne agit par l'intermédiaire d'une hypertension cérébrale passagère.

Sur l'élévation de l'azote résiduel du sérum chez les sujets atteints d'œdèmes par carence alimentaire. — MM. Guy Laroche, A. Grigaut et S. Trémolières ont trouvé, chez 11 malades sur 12 atteints d'œdème par déséquilibre alimentaire, un chiffre d'azote résiduel supérieur à la normale coïncidant le plus souvent avec l'hyposérinémie classique.

Cette élévation de l'azote résiduel semble liée à la dénutrition et a été retrouvée chez quatre sujets atteints de simple maigreur par hypoalimentation, mais alors sans abaissement du taux des protides et sans œdèmes. La correction possible du trouble par une surcharge lactée permet de penser qu'il provient de ce que l'organisme fait appel à ses propres tissus, l'apport protidique exogène étant insuffisant.

Action pharmacologique de la vitamine A et du carotène sur le système nerveux de l'animal non carencé. — M. Paul Chauchard montre que la vitamine A est, sur l'animal normal, en dehors de toute carence, un excitant des centres nerveux (encéphale et moelle) en vertu d'un pouvoir pharmacologique propre. Le carotène, au contraire, exerce une action dépressive sur ces mêmes centres nerveux.

Déterminisme des variations d'excitabilité nerveuse dans l'avitaminose A. — M. Paul Chauchard et Mme H. Mazoué concluent de leur étude que l'hyperexcitabilité nerveuse constatée dans l'avitaminose A siège dans les centres nerveux encéphaliques et médullaires, contrairement à celle de l'avitaminose B_1 qui est purement encéphalique. Ils soulignent ce parallélisme entre l'action nerveuse de l'avitaminose A et l'action de la vitamine A elle-même sur les centres nerveux de l'animal non carencé.

Variations du pouvoir pathogène cutané du staphylocoque par inoculation dans les tissus en voie d'autolyse. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier ont retrouvé *in vivo* expérimentalement l'augmentation du pouvoir pathogène d'un staphylocoque peu virulent inoculé, en suspension dans du pus tyndalisé ou dans des tissus broyés, sous la peau du lapin. Cette augmentation du pouvoir pathogène ne peut pas être réalisée *in vitro* avec les autolysats : la présence des éléments mortifiés plongés au sein d'un tissu vivant est nécessaire pour déterminer cette augmentation rapide du pouvoir pathogène du staphylocoque.

Variations du pouvoir pathogène local du staphylocoque sous l'influence de nécroses cutanées par agents biologiques et physiques. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier ont déterminé une brusque augmentation du pouvoir pathogène du staphylocoque en réalisant, en même temps que l'inoculation staphylococcique, une nécrose artificielle, soit par brûlure, soit par injection *in situ* de toxine staphylococcique puissante. La toxine diphtérique exalte très peu le pouvoir pathogène du staphylocoque.

Dispositif permettant d'effectuer, de l'extérieur, sur un animal placé en caisson à dépression atmosphérique, des injections sous-cutanées ou intraveineuses. — M. Beyne.

Élection. — M. Grassé est élu membre titulaire.

F.-P. Merklen.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 21 octobre 1941.

Quelques remarques sur le syndrome neuro-œdémateux épidémique. — M. Julien Marie insiste sur les différents aspects cliniques du syndrome neuro-œdémateux, essentiellement caractérisé par l'existence d'œdèmes sans topographie particulière, ni symptômes rénaux, et de paralysies intéressant surtout les muscles de la statique du tronc et de la tête. L'évolution se fait parfois vers la mort, parfois vers la guérison, avec possibilité de douleurs résiduelles et de rechutes.

Il ne s'agit ni de poliomyélite, ni de syndrome de Guillain-Barré, ni de syndrome de Landry, ni de polynévrite de carence, ni d'œdèmes de famine associés à des symptômes nerveux. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Le traitement par la vitamine B et par les sulfamides a été tenté sans résultats probants.

M. H. Janet considère qu'il y a lieu de bien différencier le syndrome neuro-œdémateux du syndrome de Guillain-Barré avec sa dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien.

Tumeur vasculaire de l'hémisphère cérébral droit. MM. J. Marie, R. Mallet et Ducourneau présentent un garçon de trois ans chez lequel l'auscultation du crâne permet de percevoir un souffle piaulant dans la région temporo-pariétale droite ; il disparaît par pression sur la carotide droite : il s'agit donc d'une tumeur vasculaire qui n'entraîne aucun autre symptôme que le souffle. La radiographie du crâne montre des impressions cérébriformes marquées sans disjonction des sutures, les fonds d'yeux sont normaux.

Peut-être s'agit-il d'un angiome artério-veineux de l'artère sylvienne droite. La radiothérapie est à tenter d'abord, avant de recourir éventuellement à la ligature de la carotide primitive droite.

(A suivre.)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le Dr Paul Gastou, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — Le Dr Pardoux, de Paris. — Le Dr Moure, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

NAISSANCE. — Le Dr et Mme Cachin font part de la naissance de leur fille Brigitte.

FACULTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **Vacances du Jour de l'An.** — Les vacances de Noël et du Jour de l'An sont fixées du 24 décembre matin au 3 janvier 1942 inclus. Les cours et travaux pratiques reprendront normalement le 5 janvier 1942.

Secrétariat. — Pendant la durée des vacances, le secrétariat sera ouvert tous les jours, *de midi à 15 heures*, sauf le jour du 1er janvier.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée jusqu'au samedi 3 janvier inclus.

La séance spéciale réservée aux services du prêt a lieu le mercredi 31 décembre, de 14 à 16 h.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont chargés des fonctions de *médecins assistants* à la Faculté de médecine de Nancy, les médecins ci-dessous désignés :

Ophtalmologie : M. Mathieu ; oto-rhino-laryngologie : M. Conlet ; voies urinaires : M. André ; chirurgie infantile et orthopédie : M. Corret.

M. Châtelain, assistant, est chargé d'assurer les cours de physique médicale à l'institut dentaire.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

HOPITAUX DE PARIS. — Jury d'oral de l'Internat 1941. — *Médecins.* — MM. les Drs Vincent, Courcoux, Laubry, Ameuille, Pérou.

Chirurgiens et spécialiste. — MM. les Drs Boppe, Leroux, oto-rhino-laryngologiste; Ameline, Raoul Monod.

Accoucheur. — M. le Dr Ravina.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE *(suite).* — **Prix décernés en 1941.**

Prix Clarens. — M. le Dr Rodolfo Talice et une mention très honorable à M. le Dr Lacroix.

Prix Combe. — M. le Dr Livory.

Prix Demarle. — M. le Dr Jean Cheymol.

Prix Desnos. — M. le Dr Bour.

Prix Desportes. — Mlle G. Cochet et M. le Dr Paul Baufle.

Prix du Dr Dragovitch. — MM. les Drs Jean Cottet et Claisse.

Prix de Mme Dragovitch. — MM. les Drs Mignot et Feuillet.

Prix Dreyfous. — M. le Dr Michel Conté.

Prix Fournier. — L'Académie partage le prix entre MM. les Drs Aldou, Guy Hausser et Heim de Balsac.

Prix Godard. — M. le Dr Jean-Marie Verne.

Prix Gueretin. — M. le Dr Mozziconacci.

Prix Guillaumet. — M. le Dr Bohn.

Les arrérages du Prix Guzman. — M. le Dr A. Netter.

Prix Catherine-Hadot. — M. le Dr Henri Lacaze.

Prix Helme. — M. le Dr Paul Boulanger.

Prix Herpin (de Genève). — M. le Dr de Font-Réaulx.

Prix Huchard. — Mlle le Dr Marie Buisson et Mmes Simone Ribierre et Nicot.

Prix Hugo. — M. le Dr Barraud et une mention honorable à M. le Dr Torkamian.

Cinq parts de 10 000 francs de la Fondation Jansen, à MM. les Drs Quinquaud, Chauchard, René Moricard, André Thomas et Daniel Bargeton.

Prix Labbé. — M. le Dr Morel-Fatio.

Prix Laborie. — M. le Dr Boudreaux.

Prix Larrey. — M. Moine.

Prix Laval. — M. Pierre Lacroix.

Prix Lefèvre. — M. le Dr Ch. Durand.

Prix Le Piez. — MM. les Drs M. Roux, Cochemé et Mme le Dr Rossier-Virz.

Prix Leveau. — M. le Dr Jean Parrot.

Prix Lorquet. — M. le Dr H. Duchêne.

Prix Marmottan. — L'Académie accorde les arrérages de ce prix à M. le Dr Doubrow.

Prix de Martignoni. — MM. les Drs Raoul Mercier et Pierre Vendryes.

Prix A.-J. Martin. — M. le Dr Julien et une mention honorable à M. le Dr Dupuy.

Prix Mège. — M. le Dr Pierre Feyel.

Prix Monbinne. — MM. les Drs Lavier et Salvador Mazza.

Prix Nativelle. — M. le Dr de Berredo-Carneiro.

Prix Pannetier. — M. le Dr Jean Tarneaud.

Prix Berthe Péan. — M. le Dr Paul Boquet.

Prix Pourat. — M. le Dr Strumza.

Prix Rebouleau. — M. le Dr André Cornet.

Prix Redard. — M. le Dr Bergeron.

Prix Reynal. — M. le Dr Lesure.

Prix Ricaux (*diabète*). — M. le Dr Roger Deuil et Mme le Dr Lamotte-Barillon.

Prix Ricaux (*tuberculose*). — M. le Dr Jean Bretey.

Prix Robin. — M. le Dr M.-F. Binet.

Prix Roussilhe (*dermatologie*). — M. le Dr Degos.

Prix Roussilhe (*vénéréologie*). — M. le Dr Petges.

Prix Sée. — M. le Dr Paul Boulanger.

Prix Tarnier. — M. le Dr Raoul Palmer.

Prix Vernois. — M. Marc Fouassier.

Récompenses pour le service de l'hygiène et des maladies contagieuses 1941.

1° *Rappel de médaille d'or:* M. Mans.

2° *Médailles d'argent:* MM. Gounelle, Coulon, Vidy, Viette.

3° *Médailles de bronze:* Mlle Gauthier-Villars, MM. Lecerf et Ldong.

Service de l'hygiène de l'enfance 1941.

1° *Médailles d'or:* MM. Huber, Rauzy.

2° *Rappel de médailles de vermeil:* MM. Balaïd, Bezy, Deprun, Lelièvre, Rouèche.

3° *Médailles de vermeil:* MM. Gagnerie, Poudou, Maillet ; Sœur Imalda du Saint-Sacrement.

4° *Rappel de médailles d'argent:* MM. Laveau, Merle, Pontet ; Sœur Regereau ; Mmes Pierre, Le Béchec ; Mlles Fristch, Callix.

5° *Médailles d'argent:* MM. Boulanger, Pilet, Bornet, Boutron, Colesson, Courcoux, Janet, Lamaze, Michelon, Pignot, Pinaud, Poindron, Raoul-Duval, Saint-Paul, Susini, Tabutin ; Sœur Isabelle du Saint-Sacrement ; Mmes Bernard, Trenit ; Mlles Achard, Briandet, Roux.

6° *Médailles de bronze:* MM. Berger, Breschet, Lamotte, Mizzi, Petit, Rivoire ; Sœur Joséphine-Louise ; Mmes Bodin, Butet, Durand, Fercoq, Gombeau, Gretzinger, Lagac, Saint-Père, Servaes, Vanel, Vergnolle ; Mlles Arnaud, Ascoct, Dizier, Ducos, Fauverge, Nazon, Pierrot.

Service des eaux minérales 1941

1° *Médailles d'or:* Assistance publique de Paris pour le Centre d'hydro-climatologie social des hôpitaux de Paris ; MM. Serr, Puech, Roque, Vauthey, Bertier.

NOUVELLES *(Suite)*

2° *Médailles de vermeil:* Mme Magnier de la Source ; MM. Barraud, Boucomont, Dubois, Perpère, Porge.

3° *Médailles d'argent:* MM. Bergouignan, Claude, Douady, Estradère, Gay, Kermorgaut, Louvel, Ménard, Richard, Vexenat.

4° *Médailles de bronze.* — MM. Baumgartner, Cottet, Lambling, Larrouy, Langénieux, Marcotte, Roubeau.

SERVICE DE LA VACCINE 1941.

I. *Vaccination antivariolique.* — L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination antivariolique en 1940 :

1° *Médaille de vermeil:* M. Sérès.

2° *Médailles d'argent:* MM. les Drs Dufour, Giraud; Mme le Dr Chambaud, née Lafond.

3° *Rappels de médailles de bronze:* M. le Dr Berret, M. Plazanet.

4° *Médailles de bronze:* MM. les Drs Février, Gaujoux, Gaimard, Martin, Ponthieu, Sauzc, Scotti, Woltz; Mlles les Drs Blanc, Melik, Ogandjanoff, Mme Mufraggi-Bonafé ; Mlles Lassere, Moret ; MM. Carrara, Fiastre, Hautin, Saurin.

II. *Vaccination antidiphtérique.* — L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination antidiphtérique en 1940 :

1° *Médailles de vermeil:* MM. les Drs Albot, Basse, Mans, Petit ; Mmes Lagneau, Le Connctable ; MM. Lemetayer, Richou.

2° *Médailles d'argent:* MM. les Drs Cantin, Dumas, Harang, Léonard, Metzger ; Mlle Rogier ; MM. Gdaniec, Gidon, Lanoé.

3° *Médailles de bronze:* MM. les Drs Courmontagne, Porcher, Rossier-Wirz ; Mme le Dr Rossier-Wirz ; Mmes Gdaniec, Julien, Rondet, Thomas ; Mlle Perret ; MM. Foubert, Péry.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Médaille d'honneur du Service de santé. — *Médaille d'argent:* Dr Joly (François), médecin-lieutenant de réserve de la région de Paris.

NOUVELLES PROFESSIONNELLES

Tableau de l'Ordre des médecins de la Seine. — Le tableau de l'Ordre des médecins de la Seine va paraître.

Le Conseil de l'Ordre rappelle que seuls figureront sur ce tableau les noms des médecins qui ont rempli toutes les obligations imposées : il prie notamment ceux qui n'ont pas apporté leur diplôme au secrétariat de l'Ordre, ou qui ont omis de le retirer, de remplir immédiatement cette formalité. *(Communiqué.)*

Attribution de bois. — La Direction des affaires économiques et sociales de la Préfecture de la Seine prie le Conseil de l'Ordre du département de la Seine de faire connaître à tous les médecins qu'il ne pourra être donné suite aux demandes d'attribution de bois qu'ils pourraient formuler. *(Communiqué.)*

Exercice de la profession dentaire. — Le *Journal officiel* du 6 décembre publie un décret organisant l'exercice de la profession dentaire et fixant les conditions requises pour exercer cette profession.

Ordre des médecins. — Loi du 26 novembre 1941 modifiant la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins. — Article premier. — L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est modifié comme suit :

« Un décret, contresigné par le garde des Sceaux, ministre secrétaire d'État à la Justice, et par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, fixera la date à laquelle le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par les conseils élus.

» Les modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'administration publique ; ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux conseils élus.

» Jusqu'à la date fixée par le décret prévu au premier alinéa du présent article, les Conseils nommés seront renouvelables par tiers annuellement. Les membres à renouveler seront désignés par voie de tirage au sort, au cours du dernier trimestre de chaque année. Le tirage sera effectué par les soins du Conseil supérieur de l'Ordre pour les Conseils départementaux et par les soins du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé pour le Conseil supérieur. »

Art. 2. — Est abrogée la loi du 2 août 1941.

Décret du 1er octobre 1941 relevant certains médecins et pharmaciens de l'interdiction d'exercer en France. — Les médecins et pharmaciens dont les noms suivent sont *relevés de l'interdiction* d'exercer la médecine en France, prononcée par l'article 1er de la loi du 16 août 1940 :

Ain : MM. Barbero, pharmacien (Coligny) ; Huber (Neuville-sur-Ain) ; Perrot (Lagnieu) ; Rosette (Chavannes-sur-Suran).

Aisne: M. Huart (Saint-Quentin).

Allier: M. Tempelhoff (Vichy).

Alpes-Maritimes: MM. Arochas (Golfe-Juan) ; Dascher, pharmacien (Nice) ; de Hayes et Horn (Nice) ; Steinmann, pharmacien (Nice).

Ardèche: MM. Keun (Burzet) ; Luraschi (Ruoms).

Basses-Pyrénées: MM. Burucoa (Bayonne), Matou (Biarritz).

Bouches-du-Rhône: MM. Chabert (Marseille) ; Gallian (Marseille et Aubagne) ; Hawthorn et Sergene (Adam), à Marseille.

Calvados: MM. Chamlian (Campeaux) ; Pecker (Caen).

Charente: M. Libow (Cognac).

Charente-Maritime: M. Scherman (Saint-Brieuc).

Côtes-du-Nord: M. Wolinctz (Saint-Brieuc).

Eure: MM. Aronwald (Ezy) ; Staerman (Conches).

Eure-et-Loir: MM. Maksud (Bonneval) ; Pana (Gallardon) ; Souyoultzis (Dreux).

Indre-et-Loire: MM. Hagopian (Saint-Martin-le-Beau) ; Lieffring (Tours) ; Schtein (Avoine).

Isère: MM. Cohen (Saint-Hilaire-du-Touvet) ; Ivanoff (Bourgoin) ; Mileff (La Tour-du-Pin).

Loire: MM. Beutter (Saint-Étienne) ; Hillebrand (Sail-sur-Couzan) ; Moskovtchenko (Violay) ; Muller (Saint-Étienne) ; Vignes (Roanne).

Loire-Inférieure: MM. Caldecott, pharmacien (Nantes) ; Van der Stappen (Nantes).

Loiret: MM. Hart (Ladon) ; Szigeti (Montargis) ; Tchekoff (Briare).

Maine-et-Loire: MM. Blanc (Villévêque) Moscovici (Vernoil-le-Fourier) ; Seidner (Trémentines).

Marne: MM. Segal (Jankel) et Segal (Max) (Reims).

Mayenne: M. Carosin (Laval).

Meurthe-et-Moselle: MM. Feltgen (Lunéville) ; Gamlaia (Nancy) ; Gotzlowski ou Goglowski (Mareville) ; Lapy (Nancy).

Nièvre: MM. Duncombe (Nevers) ; Valladis (La Chapelle-Saint-André).

Nord: MM. Bonte (Tourcoing) ; Derveau, pharmacien (Croix-Lille) ; Jenart (Roubaix) ; Kaufmann, pharmacien (Lille) ; Godin (Luisselles) ; Ledoux (Comines) ; Louf (Halluin); Petyt (Roubaix) ; Vincart (Homaing); Vanheuverswyn (Lille) ; Wiliems (Roubaix).

NOUVELLES *(Suite)*

Oise : MM. Breiman (Crillon) et Guran (Beauvais).

Pyrénées-Orientales : MM. Giralt (Saint-Lamens-de-Cerdans) ; Kapler (Saillagouse) ; Puig-Ametller (Perpignan) ; Rabinovici (Saint-Laurent-de-Cerdans) ; Van Varseveld (Perpignan).

Rhône : MM. Aba (Thizy) ; de Bettou (Lyon) ; Buckel (Lyon) ; Delattre (Bois-d'Oingt).

Haute-Saône : M. Malitchenko (Vesoul).

Saône-et-Loire : MM. Ducomet (Le Creusot) ; Fradkine (Autun).

Sarthe : M. Bedoucha (Precigne).

Seine : MM. Alemdar dit Grenier (Boulogne-Billancourt) ; Guenin (Jean), pharmacien (Paris) ; Guenin (Pierre) (Paris) ; de Kouroch (Paris) ; Wirth (Paris) ; R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux, de Paris.

Seine-Inférieure : MM. Allaeys (Eu) ; Cauderay (Le Havre).

Seine-et-Marne : MM. Gatowski (Lagny) ; Leboff ; Plouvier (Lagny).

Seine-et-Oise : MM. Alpern (Sartrouville) ; Frossard (Sainte-Geneviève-des-Bois) ; Halberg (Le Vésinet) ; Horowitz (Argenteuil) ; Œconomo (Versailles) ; Pour (Chilly-Mazarin) ; Schmitko (Argenteuil) ; Vaudeputte (Chaville) ; Vioget (Les Essarts-le-Roi) ; Wojlanski (Étréchy) ; Burg (Argenteuil).

Deux-Sèvres : MM. Abd El Nour (Secondigny) ; Trivas (Niort) ; Valiadis (Coulonges-sur-l'Autize).

Tarn : M. Muller (Albi).

Vosges : M. Manlini (Cornimont).

(*Journal officiel*, 29 novembre 1941.)

NOUVELLES DIVERSES

Fédération des Associations amicales de médecins du front. — Le bureau de la Fédération transmet aux intéressés les renseignements suivants :

1° *Nomination au grade de médecin-sous-lieutenant des médecins volontaires ou désignés pour la relève des prisonniers.*

La Direction du Service de santé fait connaître :

Les *docteurs en médecine* volontaires ou désignés d'office par les Conseils de l'Ordre des médecins pour servir dans les camps de prisonniers d'Allemagne, *qu'ils soient médecins auxiliaires ou sans aucun grade dans la réserve, ou qu'ils n'aient jamais fait de service militaire, seront*, sous réserve de leur aptitude physique, *nommés médecins-sous-lieutenants* pour la durée de leur mission et percevront la solde et les indemnités spéciales prévues à l'article 8 du statut du personnel sanitaire médical affecté au service sanitaire des prisonniers de guerre n° 6210.

2° *Recrutement de médecins vacateurs.*

Le secrétaire général des A. C. a besoin de recruter quelques médecins vacateurs chargés de l'étude médico-juridique des dossiers de demandes de pensions (de préférence médecins mutilés ou blessés de guerre).

Les candidats à ces fonctions devront s'adresser à M. Morin, chef de service au secrétariat général des anciens combattants, qui les recevra au siège, 37, rue de Bellechasse, à partir du 15 décembre, de 9 à 12 h. et de 14 à 17 heures.

3° *Postes médicaux ou chirurgicaux libres.*

Un concours sur titres va avoir lieu à *Épernay* pour *un poste de chirurgien* et *trois postes de médecins des hôpitaux de la ville.*

Un poste de *biologiste* municipal, avec autorisation de clientèle privée, est vacant à *Troyes.*

Deux postes de médecins sont disponibles dans la Marne, à *Anglure* et à *Sompuis.*

S'adresser, pour renseignements concernant ces divers postes, au Directeur régional de la Santé, à Châlons-sur-Marne.

THÈSES

THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — 10 *Décembre.* — Mlle MÉDIONI, Réticulo-endothéliose aiguë monocytémique. — M. FONDEVILLE. — M. LOTTE.

11 *Décembre.* — M. THOMERET. — Mlle FERRIÉ. — M. LAVAGNE, Contribution à l'étude de la méthionine (acide amino-méthylthiobutyrique) dans le sang humain normal et pathologique. — M. SERSIRON, Contribution à l'étude des aménorrhées secondaires. — Mme HUFNAGEL.

17 *Décembre.* — M. CERTCOUX, Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose pulmonaire. — M. OUDOT, Tuberculose et coqueluche. — M. DU PASQUIER. — M. MARONET.

THÈSES VÉTÉRINAIRES. — 17 *Décembre.* — M. THOMÉ. — M. COUSSOT : Charbon symptomatique dans les Deux-Sèvres. — M. EIMER, Théorie fermentaire de l'anaphylaxie (recherches sur la non-spécificité des seconds ferments).

18 *Décembre.* — M. GOSSELIN, Rapports sur la démodécie de l'hyperkératose folliculaire de la pigmentation et de certaines avitaminoses. — M. CRAPELET, Pouvoir réducteur des urines animales.

10 *Décembre.* — M. BOUI, Infections puerpérales par para-aminophényl-sulfamido-pyridine. — M. FORESTIER, Lésions pulmonaires causées par les métastrongylides chez les animaux domestiques. — M. PNOEMIN, Lésions du pied dans la fièvre aphteuse. — M. HAZZI, Congélation rapide dans la conservation de la viande et du poisson.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

NOUVEAU TRAITEMENT DE L'ACNÉ (1)

L'acné est une dermatose inesthétique, fréquente surtout à la puberté, et dont le traitement est souvent délicat.

Au point de vue clinique, l'acné débute toujours sur un terrain séborrhéique : l'hypersécrétion sébacée rend la peau grasse et luisante par l'ouverture exagérée de l'orifice des glandes sébacées. Le microbacille séborrhéique s'empare du filament séborrhéique pour en faire des comédons qui obturent les orifices folliculaires dilatés. L'infection staphylococcique, enfin, donne aux lésions leur aspect caractéristique : maculo-papules, pustules. Des éléments d'âges différents peuvent s'observer sur le même sujet (acné polymorphe).

L'acné siège aux zones d'élection de la séborrhée : face, cuir chevelu, partie supérieure du dos et du thorax.

En dehors de ces phénomènes cliniques et bactériologiques connus, l'acné donne lieu à des modifications physico-chimiques dont l'importance est primordiale au point de vue thérapeutique.

Si on prend, en effet, le *p*H de la peau au niveau des éléments acnéiques, on est frappé de constater que l'élévation du *p*H est de règle.

(1) Le Lactacyd est un produit des Laboratoires Lavril.

LES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX *(Suite)*

Le *p*H normal de la peau étant 5,2, il est courant de trouver l'acné en phase alcaline, le *p*H avoisinant ou dépassant même 7.

Marchionini et Schiefferdecker nous expliquent que cette élévation du taux des ions OH provient du dérèglement de la sécrétion sébacée. Il existe, en effet, deux variétés de glandes sébacées : glandes eccrines à sécrétion acide (*p*H : 4-6) et glandes apocrines à sécrétion neutre (*p*H : 6,2-6,9). Sur les surfaces libres de la peau (siège habituel de l'acné), les glandes eccrines sont en quantité beaucoup plus considérable et elles concourent, grâce à l'évaporation active du produit de sécrétion acide, au maintien de l'acidité superficielle. Le comédon, en obturant l'orifice de la glande, empêche cette évaporation, d'où élévation du *p*H local. C'est cette disparition de l'acidité protectrice qui prépare le terrain au développement des staphylocoques et à la formation du pus (*p*H optimum du staphylocoque : 6,8-6,2).

Il est donc évident que, si la thérapeutique de l'acné doit comprendre un traitement étiologique (hygiène alimentaire, calomel, opothérapie pluriglandulaire, soufre *per os*), elle doit aussi s'inspirer largement des exigences physico-chimiques ou plutôt physiologiques de la peau. Son principe directeur doit être le rétablissement du *p*H acide normal de la peau.

La lotion soufrée classique doit donc être suivie de l'application locale d'une pâte acidifiante (*Lactacyd*). Dans cette préparation, l'acidification est obtenue par le procédé le plus physiologique : production d'acide lactique par fermentation lactique du sérum de lait. *Lactacyd* est une pâte acidifiante, exempte de corps gras, kératinisante et calmante (acide lactique), trophique (lacto-sérum) et bio-stimulante (vitamines A et D).

Pratiquement, on supprime d'abord l'emploi de l'eau et du savon pendant quelques jours. On recommande de frotter le visage avec un tampon enduit de *Lactacyd* pour obtenir l'émulsion du sébum. On essuie ensuite avec des tampons d'ouate sec, puis on frotte longuement l'endroit malade et on laisse à demeure une couche légère.

Cette méthode thérapeutique nous a permis d'enregistrer des succès intéressants. En voici quelques-uns :

Observation LVI. — Mlle P. G..., dix-huit ans. Vient à la consultation pour éruption située à la face et qui date depuis six ans.

A l'examen : on trouve de nombreux comédons (points noirs), disgracieux, ainsi que des éléments pustuleux en différentes phases de maturité : pustulettes superficielles et profondes situées au front, aux joues, au menton. A côté des pustules, on trouve des taches pigmentaires de la grosseur d'une lentille, qui sont les cicatrices de pustules guéries.

A l'examen général : tachyphagie, constipation, règles insuffisantes (perd peu et pendant deux jours seulement : réglée toutes les six semaines).

A essayé tous les traitements habituels, sans résultat.

Traitement : régime, laxatifs, opothérapie ovarienne.

Localement : savonnages matin et soir, lotion soufrée le matin, Lactacyd pour la nuit.

Revient six semaines après. Le nombre des pustules est insignifiant. Aucun élément nouveau depuis deux semaines. Ceux qu'on trouve sont en voie de cicatrisation. La malade a cessé de se servir de la lotion soufrée depuis trois semaines et applique Lactacyd tous les jours.

Obs. CIXL. — M. S..., trente-neuf ans, commissionnaire. Acné polymorphe.

Ce malade présente, depuis de nombreuses années, de l'acné polymorphe siégeant à la face, aux tempes et dans les sillons rétro-auriculaires, sur le cou et la poitrine, très peu sur le dos.

A l'examen : on constate, sur un fond de peau grasse, bistrée, irrégulière, pleine de cicatrices disgracieuses d'acné pustuleuse ancienne :

1° De nombreux comédons siégeant plus particulièrement dans les poils et à leur bordure, dans les régions temporales, sur le manubrium sternal et sur le bas de la nuque.

2° Les comédons sont, par endroits, situés au centre d'une petite élevure tantôt rouge, tantôt d'une véritable pustulette, et ceci plus particulièrement de chaque côté des ailes du nez, sur le front, et surtout dans les sillons rétro-auriculaires, où ces pustulettes atteignent le volume d'un très petit pois. Certaines de ces pustules sont rompues ; quand on les presse, il sort une goutte de pus épais, jaunâtre.

A la palpation, on perçoit un certain nombre de petits kystes sébacés : une douzaine environ dans tout le visage, dont un certain nombre sont visibles par les petites élevures qu'ils entraînent parfois à la peau, au dire du malade, après s'être infectés.

Le malade est nerveux, constipé, tachyphage, maigre et présente de l'impuissance, d'origine psychique vraisemblablement (les organes génitaux sont normaux).

Le reste de l'examen révèle une hyperesthésie solaire, de la tachycardie ; les autres recherches ne montrent rien de particulier.

Antécédents : mère présentant des loupes multiples.

Malade impressionnable, soucieux, se croyant impuissant depuis toujours, mais se faisant des idées erronées sur la puissance génésique normale.

Traitement : bradyphagie, ésérine, régime sans alcool, épices, café, pain. Soufre *per os*. Liqueur de Bourget le matin à jeun. Opothérapie orchitique (pour sa tranquillité morale).

Localement, un jour sur deux : extraction de comédons, ouverture des pustules, puis massages au Lactacyd. Les autres jours : dégraissage et lotion soufrée.

Au bout des premiers six jours du traitement : nettoyage de la région malade, ouverture des pustulettes, qui sont en voie de disparition.